

إجازة أطروحة علمية في صيغتها النهائية بعد إجراء التعديلات المطلوبة

الاسم الرباعي : خالد علي راجح بركات . الكلية : التربية . القسم : علم النفس .
التخصص : إرشاد نفسي .
الأطروحة مقدمة لنيل درجة : الماجستير .
عنوان الأطروحة : (الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسؤولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة) .

الحمد لله رب العالمين ، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين . وبعد :
فبناء على توصية اللجنة المكونة لمناقشة الأطروحة المذكورة عاليه والتي تمت مناقشتها بتاريخ ١٤/٧/١٤١٨ هـ المشيرة لقبول الأطروحة بعد إجراء التعديلات المطلوبة وحيث قد تم عمل اللازم ... فإن اللجنة توصي بإجازة الأطروحة في صيغتها النهائية المرفقة كمتطلب تكميلي للدرجة العلمية المذكورة أعلاه ...
والله الموفق ،،،

أعضاء اللجنة

مناقش من خارج القسم
الاسم : د. محمد بن معيض الوديعاني

مناقش من داخل القسم
الاسم : د. سعيد بن علي مانع القحطاني

المشرف
الاسم : أ. د. زايد بن عجير الحارثي

التوقيع
يعتمد،،،،

التوقيع

التوقيع

رئيس قسم علم النفس

د. جمال اسعد قراز

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
كلية التربية
قسم علم النفس



٣٠١٠٢٠٠٠٠٠٣١٠٤

**الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها
بالمسؤولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات
النفسية لدى عينة من العاملين ودوي المرضى في
مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة .**

إعداد الطالب

خالد علي راجم بركات

إشراف الأستاذ الدكتور

زايد بن عجير الحارثي

رسالة علمية مقدمة لقسم علم النفس في كلية التربية بجامعة أم القرى
متطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس (تخصص إرشاد نفسي)

الفصل الدراسي الثاني

١٤١٨ هـ - ١٩٩٨ م

ملخص الدراسة

* الموضوع :

الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسئولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة .

* الأهداف :

- ١- التعرف على طبيعة الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية ولدى ذوي المرضى أيضاً .
- ٢- التعرف على الفروق في الاتجاهات بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى .
- ٣- تحديد أثر عدد من المتغيرات الديموجرافية في إحداث فروقات في اتجاهات العينة الكلية نحو المرض والمريض النفسي وهذه المتغيرات هي (المستوى التعليمي ، الحالة الاجتماعية ، العمر) .
- ٤- التعرف على علاقة الاتجاهات نحو المرض النفسي بالمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة .
- ٥- التعرف على علاقة الاتجاهات نحو المريض النفسي بالمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة .
- ٦- تحديد الفروق في مستوى المسئولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى .

* العينة :

بلغت عينة الدراسة (٢٠٥) فرداً من الذكور البالغين منهم (١٢٥) حالة من العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بالطائف وجدة ، و (٨٠) حالة من ذوي المرضى الذهانيين الموظفين المراجعين لمستشفيات الصحة النفسية بالطائف وجدة .

* الأدوات :

- ١- مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي المطور عن مقياس خليفة (١٩٨٩ م) .
- ٢- مقياس المسئولية الشخصية الاجتماعية من إعداد الحارثي (١٩٩٥ م) .

* نتائج الدراسة : توصلت الدراسة الى :

- ١- يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين مع المرضى .
- ٢- يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى ذوي المرضى .
- ٣- توجد فروق دالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين مع المرضى وذوي المرضى في طرق علاج المرض النفسي فقط عند مستوى دلالة (> ٠,٠٥) لصالح العاملين مع المرضى .
- ٤- توجد فروق دالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى العينة الكلية بين الأكثر تعليماً والأقل تعليماً عند مستوى دلالة (> ٠,٠٠١) لصالح الأكثر تعليماً .
- ٥- لا توجد فروق دالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى العينة الكلية بين المتزوجين وغير المتزوجين .
- ٦- لا توجد فروق دالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى العينة الكلية بين الأكثر عمراً والأقل عمراً .
- ٧- توجد علاقة ارتباط دالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة عند مستوى دلالة (> ٠,٠٥) .
- ٨- توجد علاقة ارتباط دالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى العاملين مع المرضى عند مستوى دلالة (> ٠,٠١) ولم تتضح دلالة إحصائية هذه العلاقة مع ذوي المرضى .
- ٩- توجد فروق دالة إحصائية في المسئولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين مع المرضى وذوي المرضى عند مستوى دلالة (> ٠,٠٠١) لصالح العاملين مع المرضى .

* التوصيات :

- ١- تضمين البرامج والمقررات المعدة للعاملين في الميدان النفسي معلومات تحسن الصورة المدركة عن المريض النفسي والمشاعر والسلوكيات نحوه لتكامل مساعي التأهيل مع المعرفة بطرق العلاج النفسي .
- ٢- وضع برامج توعية وتنقيف مركزة معدة للفئات الأقل تعليماً لتعريفهم بأسباب وطرق علاج المرض النفسي وكيفية التعامل مع المريض النفسي .
- ٣- تدعيم مقومات المسئولية رسمياً وإعلامياً لدى ذوي المرضى مع تشجيعهم على تحمل المسئولية نحو مرضاهم .

يعتمد : عميد كلية التربية

د. عبد العزيز عبد الله خياط

المشرف

أ.د. زايد بن عجير الحارثي

إعداد الطالب

خالد علي راجح

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ إن السمع والبصر والفؤاد كل
أولئك كان عنه مسئولا ﴾

صدق الله العظيم

(الإسراء: آية ٣٦)

إهداء

إلى والدي من أدعو لهما بالرحمة في الدارين كما ربياني صغيراً،
إلى روح والدي الطاهرة رحمه الله رحمة واسعة وأسكنه فسيح جناته،
إلى والدتي وجميع أفراد أسرتي، بعم الحنان والمروءة والطيبة والصفاء
ابقاهم الله ذخراً.

إلى زوجتي رفيقة دربي ، وأبنائي حفظهم الله ورعاهم وأصلحهم ،
إلى كل أخ وأستاذ وقريب وزميل ، جمعني الله بهم دوماً على خير،
أهدي لكم ثمرة جهدي المتواضع .

المخلص / خالد

شکر و تقدير

الحمد لله رب العالمين الذي علم بالقلم علم الإنسان ما لم يعلم ، الذي أكرمني على إتمام دراستي ، وعلمني شكره في قوله تعالى : { رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحاً ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين } [النمل آية ١٩] .

والصلاة والسلام على خير الأنام محمد عليه الصلاة والسلام ، وبعد :

فإن هذا الجهد ما هو إلا ثمرة جهود العديد من المخلصين المتوجب شكرهم والدعاء لهم كما علمنا نبينا عليه الصلاة والسلام حين قال : (من صنع إليكم معروفاً فكافئوه ، فإن لم تجدوا ما تكافئون به فادعوا له حتى تروا أنكم قد كافأتموه) . [السجستاني : ١٩٦٨ م : ٨٩] .

وبداية أتوجه بالشكر والدعاء بالخير لكل من أعارني اهتماماً أو أهداني كتاباً أو ساعدني في الحصول على ذلك ، وأيضاً من قدم لي مشورة علمية طورت دراستي ، وأخص بالشكر والتقدير : الدكتور (زايد بن عجير الحارثي) المشرف العلمي المتميز الذي منحني وقته واهتمامه وعمل على رعاية بحثي وتعزيز أفكاري خلال جميع مراحل مشواري البحثي ، وأعترف بالفضل للدكتور (سعيد بن علي مانع القحطاني) الذي منحني عنايته المخلصة وطور أفكاري عبر مناقشته لخطة الدراسة وتحسين أدائها ومن خلال مناقشته النهائية للدراسة، كما أشكر الدكتور (محمد جعفر جمل الليل) الذي قدم لي أفكار مثمرة حسنت الدراسة عند مناقشته لخطة الدراسة وتطوير أدواتها ، ولا يفوتي تقديم الشكر والتقدير للسادة أعضاء لجنة مناقشة الدراسة الذين كان لتوجيهاتهم المثمرة أثر بالغ في ظهور الدراسة على هذه الصورة وأخص بالشكر المناقش الخارجي الدكتور (محمد بن معيض الوديعاني) .

كما أتوجه بالشكر والدعاء بالخير لجميع أساتذة قسم علم النفس الكرام ورئيس قسمهم الدكتور (جمال أسعد قزاز) عرفاناً لهم على ما بذلوه في تربيتي وتعليمي وتوفير مقومات سير دراستي ، مع عظيم شكري وتقديري للدكاترة (عابد محمد النفيعي ، عبد المنان معمور بار ، عبد الرحيم الجفري ، نبيل السيد حسن السيد) على مساهمتهم الفعالة في تطوير أدوات الدراسة .

وأقدم شكري لمدير الشؤون الصحية بالطائف الدكتور (خالد العيسى) على تشجيعه الدائم لمسويته لتطوير مهاراتهم العلمية وتقديم مساهماتهم الخيرة على كافة المستويات الأكاديمية والاجتماعية ، وأدين بالشكر والتقدير لإدارات مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة وجميع الزملاء والزميلات الذين ساهموا بجهود مخلصه في أجراء وتطبيق أدوات الدراسة، وأخص بالذكر الدكتور (عدنان بن ديب عاشور) مدير مستشفى الصحة النفسية بالطائف حالياً والدكتور (يوسف عبدالغني) مدير مستشفى الصحة النفسية بالطائف سابقاً .

كما أشكر أفراد عائلتي على ما بذلوه في سبيل رعايتي وتأديبي وتعليمي وتشجيعي خلال مشوار دراستي وحياتي العامة .

والله أسأل أن يشرح لي صدري ويسر لي أمري ويحلل عقدة من لساني ويجعل عملي خالصاً لوجهة الكريم
أنه سميع مجيب ،، وأخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين ،،،،،،

خالد علي راجح

قائمة المحتويات

الموضوع الصفحة

الفصل الأول المدخل الى الدراسة

- مقدمة ٢
- مشكلة الدراسة ٥
- أهمية الدراسة ٩
- أهداف الدراسة ١٢
- تعريف متغيرات الدراسة إجرائياً ١٢
- حدود الدراسة ١٣

الفصل الثاني الإطار النظري

- مفاهيم الدراسة ١٦
- أولاً : الاتجاهات النفسية ١٦
- ثانياً : المريض النفسي ٢٢
- ثالثاً : التعريف بالاضطرابات الذهانية الوظيفية ٢٧
- رابعاً : المسئولية الشخصية الاجتماعية ٣٦
- خامساً : منهج الوقاية في الطب النفسي ٣٩
- الدراسات السابقة ٤١
- أولاً : الدراسات العربية ٤١
- ثانياً : الدراسات الأجنبية ٤٦
- ثالثاً : التعليق على الدراسات السابقة ٥٧
- فروض الدراسة ٦١

الفصل الثالث إجراءات الدراسة

- منهج الدراسة ٦٣
- عينة الدراسة ٦٣
- أدوات الدراسة ٦٦
- إجراءات التطبيق ٧٩
- الأساليب الإحصائية لمعالجة النتائج ٨٠

الفصل الرابع نتائج الدراسة

- عرض نتائج الدراسة وتفسيرها ٨٢

الفصل الخامس خلاصة الدراسة

- خلاصة نتائج الدراسة ١٠١
- التوصيات ١٠٢
- توصيات عامة ١٠٢
- دراسات وبحوث مقترحة ١٠٤

المراجع

- المراجع العربية ١٠٦
- المراجع الأجنبية ١١٣

الملاحق

- استمارة البيانات الأولية ١١٦
- مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي ١١٩
- جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس الاتجاهات ١٢٢
- مقياس المسؤولية الشخصية الاجتماعية ١٢٥
- جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس المسؤولية ١٣٠
- خطابات الموافقة على تطبيق أدوات الدراسة ١٣٣

قائمة الجداول

رقم الجدول	بيان محتوى الجدول	الصفحة
١	يوضح الخصائص المهنية والقراية ومصدرها لمجموعات العينة	٦٤
٢	يوضح الخصائص العمرية للعينة الكلية ومجموعات العينة	٦٥
٣	يوضح خصائص الحالة الاجتماعية للعينة الكلية ومجموعات العينة	٦٥
٤	يوضح خصائص المستوى التعليمي للعينة الكلية ومجموعات العينة	٦٦
٥	يوضح ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الاتجاهات	٦٩
٦	يبين علاقات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الاتجاهات والمجموع الكلي	٧٠
٧	يبين مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الاتجاهات	٧١
٨	يبين ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس المسئولية	٧٥
٩	يبين علاقات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس المسئولية والمجموع الكلي	٧٦
١٠	يبين مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس المسئولية	٧٧
١١	يوضح البيانات الوصفية الإحصائية للعاملين مع المرضى على مقياس الاتجاهات العام	٨٢
١٢	يوضح البيانات الوصفية الإحصائية لذوي المرضى على مقياس الاتجاهات العام	٨٥
١٣	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالاتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة العاملين مع المرضى ومجموعة ذوي المرضى .	٨٧
١٤	يوضح أعداد مجموعة الأقل تعليماً ومجموعة الأكثر تعليماً ونسبتهم للعينة الكلية	٨٨
١٥	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالاتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة الأقل تعليماً ومجموعة الأكثر تعليماً	٨٩
١٦	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالاتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة المتزوجين ومجموعة غير المتزوجين	٩١
١٧	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالاتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة الأقل عمراً ومجموعة الأكثر عمراً .	٩٣

رقم الجدول	بيان محتوى الجدول	الصفحة
١٨	يبين معاملات إرتباط بيرسون بين متغير الاتجاهات نحو المرض النفسي ومتغير المسؤولية لدى مجموعات الدراسة .	٩٥
١٩	يبين معاملات إرتباط بيرسون بين متغير الاتجاهات نحو المريض النفسي ومتغير المسؤولية لدى مجموعات الدراسة	٩٧
٢٠	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمته (ت) ودلالاتها لفروق متوسطات المسؤولية بين مجموعة العاملين مع المرضى ومجموعة ذوي المرضى	٩٨
٢١	يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مقياس الاتجاهات وارتباطها بطريقة بيرسون مع المجموع الكلي للمقياس	١٢٢
٢٢	يوضح معاملات إرتباط فقرات مقياس الاتجاهات مع أبعادها بطريقة بيرسون	١٢٣
٢٣	يوضح مساهمة مفردات مقياس الاتجاهات في تعزيز معامل ألفا	١٢٤
٢٤	يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مقياس المسؤولية وإرتباطها مع المقياس الكلي وأيضاً مع الأبعاد .	١٣٠
٢٥	يوضح مساهمة مفردات مقياس المسؤولية في تعزيز معامل ألفا	١٣٢

قائمة الأشكال

رقم الشكل	بيان محتوى الشكل	الصفحة
١	يوضح تشتت اتجاهات العاملين على مقياس الاتجاهات العام	٨٣
٢	يوضح تشتت اتجاهات ذوي المرضى على مقياس الاتجاهات العام	٨٦

الفصل الأول

المدخل إلى الدراسة

- ❖ مقدمة .
- ❖ مشكلة الدراسة ونسأؤلاتها .
- ❖ أهمية الدراسة .
- ❖ أهداف الدراسة .
- ❖ تعريف متغيرات الدراسة إجرائياً .
- ❖ حدود الدراسة .

* مقدمة :

إن المتبع لتطور علم النفس في العالم العربي يجد أنه بقي لفترة يعاني من أزمة عدم فهم ، وظل حبيساً للصورة المرتسمة في أذهان الناس عن هويته حين أُعتبر خطأ جزء من علم النفس المرضي، مما أدى إلى تأخر الاستفادة من نتائج الدراسات النفسية .

وبفضل نشاط الدراسات النفسية الاجتماعية الأكاديمية خرج علم النفس من هذه الدائرة وأخذ نفوذه ينمو ويتزايد، ولم يكن ذلك راجعاً لأن علم النفس يقدم إكتشافات مذهلة جديدة ، ولكن ببساطة لأن المجتمعات العربية مرت بتحويلات وتغيرات إستلزمت عدم ترك التغير للعشوائية والتلقائية ووجدت الوجهة والتوجيه في العلوم الاجتماعية وعلى وجه الخصوص علم النفس الاجتماعي، وبرز موضوع الاتجاهات كأحد المفاهيم الأكثر إلزاماً في علم النفس الاجتماعي لقدرته على دراسة الواقع دراسة تحليلية يمكن معها تلمس الأفكار والاتجاهات الخاطئة التي تعرقل الذهن والسلوك من تعلم الجديد والمفيد ، مما يساعد على إنماء ما يحقق المصلحة العامة ونبذ ما يعوق التقدم الإنساني .

وقد نجح المجتمع السعودي منذ فترة ليست بالقصيرة في استثمار الاتجاهات نحو موضوعات تربوية واجتماعية ومهنية، من أمثلتها دراسة طاهر (١٩٩٠م) لمعرفة اتجاهات المعاملة الوالدية لدى الأبناء الأسوياء وغير الأسوياء، ودراسة أمير خان (١٩٨٨م) لمعرفة اتجاهات الطلبة والطالبات نحو مهنة التمريض، ودراسة حسين (١٩٨٣م) لمعرفة الفروق في العادات والاتجاهات الدراسية بين المتفوقين والعاديين والمتأخرين دراسياً ، ولاشك أن تراكم نتائج مثل هذه الدراسات يوفر المعرفة النافعة التي تعين المربين والمخططين لتطوير خدماتهم لتنمية أفراد المجتمع وتحقيق توافقهم وصحتهم النفسية وفعاليتهم داخل المجتمع .

ولعله من المفيد الإستمرار في دراسات نفسية تتصل بقطاعات المجتمع الأقل قدرة على التكيف والتوافق النفسي من المرضى النفسيين الوظيفيين لمعرفة الاتجاهات نحوهم ونحو أساليب رعايتهم ، خاصة وأن الدراسات حول هذا الموضوع محدودة كما أنه قد حدثت تحولات واسعة في مفاهيم رعاية المرضى النفسي في النصف الثاني من هذا القرن ، فأصبحت الاتجاهات نحو المريض النفسي أكثر وداً وتطورت العقاقير الطبية وبدأت توجهات حديثة تنادي بإبقاء المريض النفسي في بيئته الاجتماعية وتوفير الخدمة المطلوبة في ذلك المحيط والنأي بالمريض النفسي عن آثار العلاج المؤسساتي والتركيز على اتجاهات اجتماعية تعيد الثقة إلى المريض النفسي وتزيل الوصمة والاتجاهات الخاطئة التي تكونت نحوه في الماضي .

وقد واكبت الجهود الكبيرة المبذولة لقطاع الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية هذه التغيرات وبما يتفق مع طبيعة المجتمع السعودي ، بيد أن تنمية هذا القطاع يستلزم بذر ثمار الثقافة المطورة ونشر الوعي بقواعد الصحة النفسية في النفوس التي تقف بمتانة مع التطور الاجتماعي والإقتصادي، فلاتزال بعض الدراسات تلمس مظاهر الاتجاهات المعوقة للإستفادة الوافية من الخدمات النفسية ، وقد وجد فرح (١٩٩٣م) في دراسته لعوامل إنقطاع المريضات النفسيات عن مراجعة العيادات النفسية أسباب تتعلق برفض الأسرة لإصطحاب المريضات للمستشفى وتفضيل التوجيه لقنوات العلاج الديني أو الشعبي ، كما لاحظ الصغير (١٩٩٤م) أن بعض أفراد عينته تقحم العين في كثير من الإضطرابات دون بينة أو برهان شرعي (ندوة العلاج الشعبي والطب النفسي : ١٩٩٤م) ، وكثيراً ما يؤدي عدم وضوح هذه الاتجاهات إلى حرمان المريض النفسي الذهاني الوظيفي من فرص العلاج المبكر ويؤدي إلى إنقطاعه عن العلاج

وانتكاسته أو يساهم في تعزيز الأعراض المرضية لديه باتجاهات ثقافية تؤخر التدخل العلاجي الوقائي، وهذا الأمر يستدعي التعرف على هذه الاتجاهات بوسائل القياس النفسي الموضوعية .

كما وجد الدليم (١٩٩٣م) في دراسته لأسباب بقاء بعض أفراد عينته من المرضى الفصامين في المستشفى عوامل تتعلق باتجاهات الخوف من المريض النفسي وأيضاً ظروف اجتماعية تتعلق بعدم وجود شخص يهتم برعاية المريض النفسي ، وفي دراسة أخرى وجد الدليم (١٩٩٣م) في استقصائه لرأي الأخصائيين الاجتماعيين عن واقع المتابعة الميدانية للمرضى بعد خروجهم بعد اجتماعي يعوقهم عن أداء دورهم من أهمها عدم تعاون الأسر معهم، ولعل التعرف على الاتجاهات نحو المريض النفسي سيكشف حجم الإدراكات والمشاعر السلبية نحو المريض النفسي التي تقود لبقاء المرضى في المستشفيات أو عدم قبول متابعتهم ميدانياً ، وسيعين ذلك على وضع توصيات تعزز تجاوب المجتمع لمساندة المريض النفسي ، وأيضاً سيسلط الضوء على الفائدة العلمية للخدمات المتبادلة بين ميادين علم النفس التطبيقي وعلم النفس المرضي.

* مشكلة الدراسة :

جرب الإنسان منذ القدم طرق عديدة لتخفيف أعراض الإضطرابات الذهانية الوظيفية ، وطبق وسائل عديدة لتحقيق ذلك تراوحت بين الطقوس الوثنية والجراحات المخية والتنظيم الغذائي والجرعات المكثفة من الفيتامينات وتعديل الوعي لإعادة بناء الشخصية وإستخدام الصدمات التشنجية والعقاقير المهدئة .

والياً يبدو أن أكثر الوسائل فعالية لمواجهة هذه الأعراض إعتداد الوقاية المبكرة منها والتدخل المباشر عند ظهورها بوسائل (تدمج بين إستخدام العقاقير والتأهيل الاجتماعي كوحدة متكاملة) ولم ينشأ هذا المنحنى عفويّاً بل نتيجة العديد من الاكتشافات والممارسات العلاجية ونتائج الحقائق النفسية. (دافيدوف، ١٩٨٣م : ٧٢٦) .

وقد تم إقرار فائدة العقاقير بعد اكتشاف نجاح عقار كلوربرومازين في خفض عدد مرضى الفصام عام ١٩٥٥م ، وتدعم بعد ملاحظة قدرة عقار ايرونيازيد على إحداث تغيرات انفعالية لدى مرضى الاكتئاب وكان هذا العقار في الأصل مخصصاً لعلاج مرضى الدرن ، ومع التطور والتحسين في أنواع العقاقير وإختبارها على المرضى تكونت قناعة بفعاليتها في تلاشي الهلاوس والأوهام والارتباك والقلق وعدم التناسق الانفعالي وأنها تضع المضطرب في بداية توافقه مع المجتمع. (سوين : ١٩٨٨م : ٧٤٣) (عسكر : ١٩٨٨م : ٢٢) .

ومن ملاحظة آثار العلاج المؤسساتي وإجراءات القبول والتشخيص (أعيد صياغة أدوار المصحات التي كرسها بينيل ١٩٧٣م Panel في خفض المرضى والرعاية الأخلاقية لهم لتصبح قاصرة على التنويم المحدود داخلها بعيداً

عن ضغوط الحياة اليومية كشيء تدعيمني بنائي يعود بعده المريض لعالمه الخارجي في وضع صحي نفسي أفضل مما كان عليه) ، وبدأت توضع ترتيبات جزئية للإقامة المؤقتة والايواء تحت إشراف قيادي طبي ، ولقد توصلت دراسة أجراها (وينج ١٩٦٢ م Wing إلى أن الايداع الطويل في المؤسسات يطور أعراض الاضطرابات النفسية حيث تنحط مهارات المرضى الاجتماعية وتزداد كراهيتهم لأوجه العمل والنشاط ويفقدون روح المبادرة وأطلق على ذلك النفور التدريجي من الحياة المدنية) كما (وجد زاز Zaz وروزنهان Rozenhan أن تطبيق فئات التشخيص الشائعة تطور لعب المريض لأدواره المرضية فيقع في خطأ السالب المنفي أي خطأ إدراك أنه سليم وأن فئات التشخيص تؤدي إلى ردود إجتماعية سيئة حتى لدى الاطباء أنفسهم) . (الدليم : ١٩٩٣ م : ٣٣١) (كاشدان : ١٩٨٨ م : ١٦٤) (إبراهيم : ١٩٨٨ م : ٦٥) .

وكما يبدو أن حل معادلة العلاج والتأهيل إقتضت إستمرار المعالجة داخل المجتمع (وثبت للباحثون أن حوالي ٧٥٪ من الأفراد الذهانيون يمكن بقائهم في نطاق المؤسسة التقليدية أو الأسرة إذا توفرت المعالجة الطبية) ، ويعتقد الباحث أن تحقيق ذلك يتطلب اتجاهات مواتية نحو أساليب العلاج الطبي النفسي واتجاهات مواتية نحو المريض النفسي فالاتجاهات محدد وضابط للسلوك الإنساني لحد كبير . (دافيدوف : ١٩٩٠ م : ٧٢٦) . .

ومن المهم التأكيد على أن هذه الاتجاهات يجب أن تتوفر لدى المختصين في نطاق الطب ويجب أن تتوفر اتجاهات أكثر إيجابية عن السببية المرضية الاجتماعية وعدم المبالغة في نسبة الاضطراب النفسي لأسباب عضوية فقط فالعديد من الدراسات النفسية تلامس إمتداد جذور الاضطرابات النفسية المثيرة للإستعداد البيولوجي في نطاق البيئة الاجتماعية وتعمل على تدعيمها (ففي دراسة كندية

وجد ليستر Laister أن الأعراض السلبية التي لا تتجاوب بسهولة مع العلاج وهي التراجع العاطفي والتبلد الوجداني والتخلف الحركي لدى المرضى النفسيين المزمنين الخارجين المستقرين ترتبط مباشرة بضعف الأداء على صعيد العلاقات الاجتماعية ومشاكل المعيشة والرعاية المتوفرة في محيط المرضى (كما توصل وايتمان (Whiteman : 1954) إلى وجود خلل في تجريد المفاهيم الاجتماعية لدى الفصامين ، وقد راجع (حنين : ١٩٨٦م : ١٦٥) محيط عدد من أسر الفصامين فوجد أنه لا يصقل العمليات العقلية ومنها عمليات تجريد المفاهيم الاجتماعية فبعض الأسر لا تخلو من انحرافات وبعضها لا تخلو من أمراض نفسية أو عضوية تؤثر على علاقة الأبناء العاطفية بوالديهم واتسمت أساليب المعاملة الوالدية بمغالات وتطرف في القسوة أو التسامح وبعضها لم تكن الظروف المعيشية والاقتصادية مشبعة أو ساد محيط الأسرة الخلافات والشجار المتصلل المثير للإستعداد المرضي (ليستر : بدون : ١١٠).

أما إيزمان (Eisman : 1981) فوجد لدى مرضى الإكتئاب علاقة عكسية بين الشعور بالوحدة وعدد الاتصالات المشبعة مع أفراد الأسرة، كما وجد (الشناوي: ١٩٨٦م : ٦٣٨) علاقة عكسية بين الاكتئاب وزيادة العلاقات الاجتماعية، أما (هالستروم Hallstrom فوجد أن آباء المكتئبات يحتاجون لخدمات نفسية مضاعفة عن آباء النساء العاديات وكانت علاقة المريضات بأمهاتهن ضعيفة وكن يتعرضن للعقاب البدني بصورة كبيرة ولا يجدن فهماً من والديهم في طفولتهن) (طاهر : ١٩٩٠م : ٤٨) .

مما سبق يمكن القول أن عملية الوقاية والعلاج من الاضطرابات النفسية يتطلب اتجاهات موجبة عن الأسباب النفسية والاجتماعية للمرض النفسي، ويرى الباحث أن هناك انطباع يتردد لدى المختصين عن وجود اتجاهات سلبية نحو المرض والمريض النفسي تستوجب هذه الدراسة .

فالاتجاهات السالبة التي تنسب المرض النفسي للمس أو العين أو الخوف المفاجئ أو الوراثة دون مراجعة حقيقية للأسباب البيئية والشخصية المثيرة للإستعداد المرضى تكرس التدخل الوقائي المتأخر بعد إزمان الحالة وحدوث آثار ضارة من قبل المريض في محيطه تجعله مرفوضاً من ذويه ، كما يسبب إتباع الطرق غير العلمية وغير الواعية لعلاج المرضى النفسيين في زيادة الأعراض المرضية النفسية والجسدية ، وأحياناً عدم القناعة بطرق التدخل العلاج الطبي النفسي ينتج عنه الانقطاع عن متابعة العلاج وتحدث الانتكاسات وتكرار التويم المتردد داخل المستشفيات، ومع تكرار الدخولات يفقد المريض مكتسباته الاجتماعية وتعمق وصمته بالمرض النفسي ويتم النظر له والتعامل معه بطريقة تحرمه من أبسط قراراته الشخصية ويتعذر الموازنه بين العلاج النفسي والعلاج الاجتماعي .

وأحياناً يتم شفاء أو تحسن المريض حسب مقتضيات الحالة ولعدم توفر معرفة كافية بمقدار التحسن المأمول وتوفر اتجاهات تحمل المريض النفسي تتزايد رغبة ذوي المرضى في إبقاء المريض داخل المستشفى ومع طول بقائه في المستشفى تتزايد الأعراض المرضية بأعراض البذ الاجتماعي ، لذا تم تحديد مشكلة الدراسة في استكشاف الاتجاهات المعرفية عن المرض النفسي من حيث أسبابه وطرق علاجه وفرص الشفاء منه الميسرة للوقاية وطلب العلاج النفسي، ومعرفة الاتجاهات الإدراكية والسلوكية والشعورية نحو المريض النفسي الميسرة لتوافقه مع المجتمع .

ونظراً لأن الاتجاهات الموجبة نحو المرض والمريض النفسي هي الأصل فإنه نظرياً يمكن القول أنه لا بد من إرتباطها مع نوع ما من المسؤولية الاجتماعية لدى ذوي العلاقة، فهناك حالات مرضية ترتفع فيها مستويات الخطورة مما يتطلب من العاملين مع المرضى الموازنة بين مصلحة المريض ومصلحة المجتمع ، كما قد

تتلكس بعض الحالات المرضية نتيجة إهمال رعايتها مما يتطلب مستوى مناسب من المسؤولية الاجتماعية لدى ذوي المرض ، لذا تحددت تساؤلات الدراسة في الإجابة على مايلي :

- س ١ : ما الاتجاه العام نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية ولدى ذوي المرضى أيضاً ؟
- س ٢ : هل تختلف الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى ؟
- س ٣ : هل تختلف الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي باختلاف المستويات التعليمية والحالة الاجتماعية والعمر ؟
- س ٤ : هل توجد علاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسؤولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة ؟
- س ٥ : هل توجد علاقة بين الاتجاهات نحو المريض النفسي والمسؤولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة ؟
- س ٦ : هل يختلف مستوى المسؤولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين مع المرضى وذوي المرضى ؟

*** أهمية الدراسة :**

أصبح المرض النفسي مشكلة العصر المسمى عصر القلق ، وحجم المشكلة أصبح يشغل بال المختصين والدارسين إن لم يحز على اهتمام الدول ، فتزايد أعداد المرضى النفسيين أصبح يطرح نقاش وتساؤلات حول تفعيل طرق العلاج ، كما أن الأعباء الاقتصادية تتطلب مشاركة الأسر والمجتمع في الوقاية ومواجهة المرض النفسي، ولنا في المؤشرات الاحصائية أكبر دليل ، ففي بحث فليكس وكريمير Felix & Kramer, 1953 إشارة لحجم الأمراض النفسية في عصرنا الحديث الذي يوضح أن ٧٥٠,٠٠٠ مريضاً عقلياً يترددون على مستشفيات

الولايات المتحدة وأن ٥٠٪ من أسرة المستشفيات النفسية روادها يعانون من أعراض عقلية، وأن ٦٥٪ من أسرة المستشفيات روادها يعانون من أعراض عصابية، وأن الفصامين يمثلون نصف المرضى العقليين، وفي إحصائية للعالمين غولد هامر ومارشال Goldhamer & Marshall, 1953 أوضحوا أن عدد المرتادين للمستشفيات النفسية يزيد على عدد المتخرجين من الجامعات والكليات سنوياً، وفي تقرير إدارة الصحة الأمريكية واشنطن D.C ١٩٨٥ م يذكر أن نفقات الخدمات السيكاترية والعلاجية للمرضى العقليين يزيد على ٧٧٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار سنوياً (ياسين: ١٩٨٨ م : ٩٤).

وليست المشكلة بهذا الحجم في المملكة العربية السعودية، إلا أن هناك زيادة في نسبة المراجعين للعيادات النفسية في السنوات الأخيرة، ويوضح الطويل ١٩٩٥ م (أن هذا الأمر لا يعكس زيادة نسبة المرضى النفسيين بقدر ما هو توفر الوعي الاجتماعي نحو طلب العلاج فمعظم أفراد المجتمع لا يجدون حرجاً من مراجعة العيادات النفسية عند الإصابة بالضغط العصبي والنفسية) ويستدعي زيادة أعداد المرضى والإقبال المتوقع على طلب العلاج اكتشاف مستوى إيجابية أو سلبية الاتجاهات نحو المريض النفسي التي قد تشكل عقبة أمام عودة المرضى إلى بيئتهم الطبيعية مثل الخوف الأسري من المريض والصورة المدركة عنه وأيضاً المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي المسببة للضغط النفسية عليه. ولا شك أن هذا يساعد المهتمين على تشخيص مظاهر هذه الاتجاهات والاستجابة لتقديدها في صورة تتمشى مع أبعاد التطور الاجتماعي. (عكاظ : ١٩٩٥ م : ١٩).

وتكمن أهمية الدراسة في الاستجابة للحاجة الماسة للدراسات النفسية، فيذكر (زيعور : ١٩٨٦ م : ١١٩) أن الدراسات النفسية في العالم العربي كالعامل الميداني في مجال الطب العقلي والصحة النفسية والأبحاث الاستقصائية لم تنزل بعد غير كافية، ويرى (الدليم : ١٩٩٣ م : ٢١٩) ضرورة إثارة وتحفيز

٢١٠٤ المؤسسات التعليمية والمراكز البحثية المتخصصة للإهتمام والقيام بالأبحاث العلمية والدراسات الوبائية التي يحتاجها قطاع الصحة النفسية بشكل كبير وعاجل أيضاً. ويكتسب هذا البحث أهميته النظرية من تناوله للاتجاهات من منظور اجتماعي مكمل للمنظور الطبي النفسي، لا يساير الاتجاه التقليدي الطبي الذي ينسب الاضطرابات النفسية لأسباب عضوية فقط متجاهلاً التأثيرات النفسية للعلاقات الاجتماعية، كما أنه لا يساير اتجاهات الجمهور الشائعة التي تعطل الاستفادة القصوى من الخدمات الطبية النفسية .

أما من الناحية التطبيقية فتعد هذه الدراسة أول مبادرة من نوعها في المنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية - على حد علم الباحث - حيث لم يجد الباحث أبحاث تتعرف على الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي في البيئة السعودية سوى دراسة (شقير : ١٩٩٤م) بمدينة تبوك ، وحتى هذه الدراسة لم تتناول العاملين في الميدان النفسي واقتصرت على طالبات الثانوية والكليات المتوسطة ، وترجع هذه الأهمية لطبيعة الاتجاهات التي تخضع لقوانين النسبية والاختلاف بين الثقافات .

ويقدم موضوع الدراسة إضافة لرصد المعرفة بالعوامل المحيطة بالمريض النفسي، من خلال الاهتمام بمنظومة الاتجاهات القائمة نحو المريض، فهناك عوامل عديدة غير التشخيص والعلاج تساهم في تحسن المريض مثل المشاعر المحيطة بالمريض النفسي ، وقد كشف (وينج وبيرلي ١٩٧٢م Wing & Birly) (كثير من أوضاع المنازل الداخلية واستنتج أن اظهار المسائل العاطفية يعتبر عامل مهم في انتكاسة المريض ووجد كثير من المرضى يحضرون للمستشفى في الصباح للتقليل من الاحتكاك بأهاليهم)، والتعرف على مثل هذه العوامل يساعد على فهم مشكلات توافق المرضى ويشجع الطبيب والأخصائي النفسي والاجتماعي على زيادة الجهد في تطوير أفكار أكثر إيجابية عن العلاج العائلي. (A ffleck : 1978)

* أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى :

- ١- التعرف على طبيعة الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية ولدى ذوي المرضى أيضاً .
- ٢- معرفة الفروق في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى .
- ٣- معرفة أثر عدد من المتغيرات الديموجرافية في إحداث فروقات في اتجاهات العينة الكلية نحو المرض والمريض النفسي، وهذه المتغيرات هي (المستوى التعليمي ، الحالة الاجتماعية ، العمر) .
- ٤- معرفة علاقة الاتجاهات نحو المرض النفسي بالمسؤولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة .
- ٥- معرفة علاقة الاتجاهات نحو المريض النفسي بالمسؤولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة .
- ٦- معرفة الفروق في مستوى المسؤولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى .

* تعريف متغيرات الدراسة إجرائياً :

- ١- الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي :

وهو محصلة الدرجة الكلية لتطبيق مقياس الاتجاهات الذي أعده الباحث ، ويشمل جزئين :

أ- الاتجاه نحو المرض النفسي :

هو محصلة مجموع درجات أبعاد أسباب المرض النفسي وطرق علاجه والشفاء منه على مقياس الاتجاهات الذي طوره الباحث .

ب - الاتجاه نحو المريض النفسي :

وهو محصلة مجموع درجات أبعاد صورة المريض النفسي والمشاعرو السلوكيات نحو المريض النفسي على مقياس الاتجاهات الذي طوره الباحث .

٢- الميل للمسؤولية الشخصية الاجتماعية :

وهو محصلة الدرجة الكلية لتطبيق مقياس المسؤولية الشخصية الاجتماعية الذي أعده الحارثي ١٩٩٥ م .

٣- المتغيرات الديموجرافية : وهي ثلاثة أنواع :

أ- المستوى التعليمي : ويقصد به الدرجة العلمية الحاصل عليها المفحوص عند تطبيق أدوات الدراسة .

ب - الحالة الاجتماعية : ويقصد بها حالة المفحوص الاجتماعية (أعزب - متزوج أو سبق له الزواج) عند تطبيق أدوات الدراسة .

ج - العمر : ويقصد به السن الذي بلغه المفحوص عند تطبيق أدوات الدراسة .

* حدود الدراسة :

تحددت الدراسة الحالية بموضوعها وهو : (الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسؤولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة) واقتصرت على تطبيق مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي من إعداد

الباحث وكذلك مقياس المسؤولية الشخصية الاجتماعية من إعداد الحارثي (١٩٩٥م)، وشملت عينة الدراسة (٢٠٥) حالة من الذكور الراشدين منها (٨٠) حالة من ذوي المرضى النفسيين الوظيفيين و (١٢٥) حالة من العاملين في المستشفيات النفسية ، واتبعت الدراسة في اختبار الفروض على المنهج الوصفي مع استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة لاختبار الفروض ، وكان موعد التطبيق في بداية العام الدراسي ١٤١٧هـ ، ومكان التطبيق في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة .

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

❖ مفاهيم الدارسة :

أولاً : الاتجاهات النفسية .

ثانياً : المريض النفسي .

ثالثاً : التعريف بالإضطرابات الذهانية الوظيفية .

رابعاً : المسؤولية الشخصية الاجتماعية .

خامساً : منهم الوقاية في الطب النفسي .

❖ تراث الدراسات السابقة :

أولاً : الدراسات العربية .

ثانياً : الدراسات الأجنبية .

ثالثاً : التعليق على الدراسات السابقة .

❖ فروض الدراسة .

* مفاهيم الدراسة :

أولاً : الاتجاهات النفسية :

كثيراً ما نجد لدى الأشخاص استجابات لفظية أو انفعالية أو نزوعية ثابتة قاطعة نحو الموضوعات والمواقف المختلفة ، وكثيراً ما يسهل تناقلها بين الأشخاص وتكون شائعة بينهم ولها تأثير نافع أو ضار على مجريات الحياة العامة ، وقد تزايد الاهتمام حديثاً بدراساتها وقياسها وأطلق عليها الاتجاهات Attitudes لكونها (محددات وضابطاً للسلوك الإنساني لحد كبير) (أمير خان : ١٩٨٨ م : ١٠٦) .

ويرجع البورت (Allport:1935) شيوع هذا المفهوم إلى أسباب تتعلق بتاريخ علم النفس، فهو لا ينتمي للمدارس السيكولوجية المتنازعة (غرائز، سلوكية، جشطلت ...) فأخذه من يقف خارج هذا النزاع وجنبهم مشكلة عليّة السلوك التي اشتدت بين أنصار البيئة والوراثة في القرن التاسع عشر ، كما يسر هذا المفهوم الالتقاء بين علماء النفس وعلماء الاجتماع لمرونة استخدامه على مستوى الفرد والجماعة ، ويضيف (سوييف : ١٩٨٣ م) (سيباً آخر لشيوعية هو حماس علماء النفس الأمريكي لاستخدام المقاييس العلمية في دراساتهم بعد نجاح سيمون وبينيه ١٩٥٠ م في قياس الذكاء بفرنسا ونجاح هايمنز وفيزما ١٩٠٦ م في قياس الشخصية) (ص : ٣٣٥) ويرى الباحث أن السبب الحقيقي يقف خارج العلم حيث دعت الحاجة لمعرفة ما هو قائم وحلحلة ما هو جامد فنشطت دراسات الاتجاهات في بدايتها مع موضوعات التعصب العنصري .

وهناك عدداً من الآراء لتعريف الاتجاهات منها أنه مكون معرفي فقط، تشكله مجموعة معتقدات وكل عنصر اعتقادي يوظف الوجدان والنزعة السلوكية لصالحه، على ضوءه يتكون إطار مرجعي للسلوك يصدر عنه أحكام

واستجابات تفضيلية ، ويؤيد هذا التصور روکش ١٩٧٦م فالاتجاه لديه (تنظيم من المعتقدات له طابع الثبات النسبي حول موضوع أو موقف معين يؤدي بصاحبه للاستجابة بشكل تفضيلي). (خليفة : ١٩٨٤م : ١٦) .

والرأي الثاني يعتبر الاتجاه مكوناً وجدانياً فقط ، ورغم امكانية تضمينه مكونات معرفية أو سلوكية إلا أنها ليست بالضرورة مرتبطة به ، كما أنه لا يمكن عزل سوى البعد الوجداني ، ويؤيد هذا التصور ثيرستون ١٩٣١م فالاتجاه لديه (درجة الشعور الإيجابي أو السلبي المرتبط ببعض الموضوعات السيكولوجية) ويؤيد هذا التصور أيضاً فشين وأجزين ١٩٧٥م فالاتجاه لديهما (تهيؤ متعلم للاستجابة بانتظام بشكل محبب أو غير محبب بخصوص موضوع معين). (عيسوى: ١٩٧٤م: ١٩٤) (الحارثي: ١٩٩٢م: ٥١) .

وهناك رأي يعتبر الاتجاه متغير افتراضي خفي وأهم ما يميزه نية السلوك أو الميل السلوكي ، وترجع فائدته لقدرته على التنبؤ بالسلوك ، وعمله كمنظم اتصال بالبيئة الاجتماعية، ويؤيد هذا التصور سميث ١٩٥٦م فالاتجاه لديه (استعداد للاستجابة نحو موضوع ما أو عدد من الموضوعات بشكل يمكننا من التنبؤ بسلوك فرد) ويؤيد هذا التصور أيضاً بروشانسكي وسيدنبرج فالاتجاه لديهما (ميل معقد للاستجابة الثابتة بالموافقة أو المعارضة للموضوعات الاجتماعية التي في البيئة). (خليفة: ١٩٨٤م: ٢١) (أبو النيل: ١٩٨٥م: ٤٤٩) .

ورأي يعتبر الاتجاه نسق كلي من الصلات بين مكونات معرفية عبارة عن إدراكات ومعتقدات عن موضوع الاتجاهات ومكونات وجدانية عبارة عن مشاعر تفضيلية نحو موضوع الاتجاه ومكونات سلوكية عبارة عن نية ونزعة الفعل يمله محتوى الاتجاه، ويؤيد هذا التصور كريتش وكريتشفيلد ١٩٨٤م فالاتجاه لديهما (عدد من العمليات الدافعية والإنفعالية والإدراكية والمعرفية التي انتظمت في

صورة دائمة وأصبحت تحدد استجابات الفرد لبعض جوانب عالمه) ويؤيد ذلك أيضاً باكمان فالاتجاه لديه (تنظيمات محددة في الفرد تشمل مشاعره وأفكاره ونزعاته التي تجعله يتصرف تجاه بعض مظاهر بيئته) (سلامة: ١٩٧٢م : ١١٦) (الكندري: ١٩٩٢م : ٢٩٤) .

وهناك رأي يعتبر الاتجاه خبرات متعلمة تنظم الاتصال بالعالم البيئي والسيكولوجي وهذه الخبرات ليس لها قيمة إذ لم يصاحبها تأهب عصبي، ويؤيد هذا التصور البورت (1935 : Allport) فالاتجاه لديه (حالة استعداد عقلي وعصبي منظمة حول الخبرة وتباشر تأثيراً ديناميكياً موجهاً لاستجابته الفرد نحو جميع الموضوعات والمواقف المرتبطة بهذه الاستجابة) .

ويحظى هذا التعريف الشامل بقبول المختصين رغم عدم إجرائيته، ويفضل الباحث استخدام تعريف أكثر إجرائية وضعه (الحارثي : ١٩٩٢م) فالاتجاه لديه (استعداد أو تهيؤ عقلي وعصبي خفي متعلم منظم حول الخبرة للإستجابته بانتظام بطريقة محبة أو غير محبة فيما يتعلق بموضوع الاتجاه) (ص: ٥٣) ويوافق انسكو (1972 : Insko) على وجود خيط مشترك يجمع شتات هذه التعريفات باعتبار الاتجاه (استعداد لتقييم الموضوعات بالترفضيل أو عدم التفضيل) (ص : ٣) .

والاتجاهات مكتسبة ويمكن النظر إليها على ضوء مبادئ التعلم وانتقال أثر التدريب عبر مراحل ثلاثة (أولها: الاتصال بالبيئة ووسائط التنشئة ، وثانيها: اكتساب الميل ونموه نحو أشياء مفضلة ، وثالثها : ثبوت واستقرار الميل) فمن الطفولة تبدأ عوامل كالترديد Imitation والإيحاء Suggestability بإكساب الطفل اتجاه أولي يعمم على الخبرات المتتالية ، ومن تجمع الخبرات المتشابهة ينمو الاتجاه ويتكامل ، ومن تنوع الخبرات تتمايز اتجاهات محددة تختلف عن غيرها ، وتعمل الانفعالات الحادة على تثبيت أو تعديل الاتجاه، لتستقر لدى الفرد اتجاهات مرجعية متنوعة لأحكامه واستجاباته. (حمزة : ١٩٨٢م : ٢٤٦) .

وتتميز الاتجاهات بالاستقرار والثبات النسبي لإرتباطها بالشخصية والسلوك الظاهري ، فعندما تتجمع شبكات الاتجاهات لدى الفرد تترابط وتستقر كجزء من بناء الشخصية، ومن خلال التفاعل الاجتماعي ينزع الشخص لسلوك رد الفعل على أساس إستخلاص اتجاهات الآخرين ويعمل على تثبيت اتجاهاته أو تعديلها ، وشرح ذلك لامبرت (Lambert : 1973) في تتبعه لنتائج التجارب على الأطفال الذي يتميزون بالميكافيلية وتعني القادرين على تحديد اتجاهاتهم وأهدافهم ، ولديهم حساسية لمعرفة اتجاهات الآخرين ، وحين تتوفر مواقف اجتماعية حرة لا يوجد فيها قواعد واضحة يكون سلوكهم عبارة عن مهارات للمساومة والتلاعب بالآخرين (ص : ١٢٧) .

والاتجاهات قابلة للتغير والتعديل إذا توافرت تكتيكات فعالة ومؤثرة، ويتطلب تغيير الاتجاهات زيادة المؤثرات المؤيدة للاتجاهات الجديدة أو خفض المؤثرات المضادة أو الأمرين معاً، أما إذا تساوت المؤثرات المؤيدة للتغيير مع المؤثرات المضادة فإنه يحدث ثبوت وتوازن الاتجاه وعدم تغييره. (زهران: ١٩٧٧م: ١٦٢).

وترجع أهمية الاتجاهات للوظائف التي تؤديها في بناء الشخصية والسلوك الظاهر، وحددها سميث ١٩٤٧ م في خمسة وظائف هي :

- ١- وظيفة التنظيم والاتصال : فيعمل الاتجاه كمنسق للعمليات النفسية الأساسية (ادراك ، شعور ، دافعية ...) في مجال عالم الفرد السيكلوجي من جهة ، ومن جهة أخرى حين تتحد هذه العمليات يتكون الاتجاه ويعمل وسيط اتصال بالبيئة الخارجية مؤثراً ومتأثراً بها .

٢- وظيفة المسيرة : فالاتجاه يساعد الفرد على ضبط سلوكه العلني مع اتجاهاته الجماعة المعلنة ليعبر عن انصياعه ومسايرته لقيم ومعتقدات ومعايير الجماعة .

٣- وظيفة تقييمية : فالاتجاه يقيم الموضوعات المختلفة ويضفي عليها صفة التفضيل أو عدم التفضيل ، وبذلك تنتظم إهتمامات الفرد بموضوعات البيئة ولا يحتاج الفرد لإتخاذ قرار مستقل في كل موقف يبيء يمر به ، وتتوقف شدة الاتجاه على هذه القيمة التفضيلية .

٤- وظيفة الإشباع : فمن تمسك الشخص بالاتجاهات المشبعة وتخليه عن الاتجاهات المحبطة لحاجاته يطور الشخص أساليبه الملائمة لتحقيق منفعه وتكيفه الاجتماعي .

٥- وظيفة الاتساق: حيث يحفظ الفرد توازن شخصيته بتنظيم اتجاهاته مع سلوكه الفعلي، وقد كشف فستنجر ١٩٥٣م Festingr في تجاربه عن التنافر المعرفي كيف يلجأ الفرد عند تضارب مدركاته مع سلوكه لإختزال الصراع بتغيير الاتجاهات دون سلوكه الفعلي ليحفظ قدر من الاتساق لشخصيته (الشيخ : ١٩٧٨ م : ١٠٢) (عامر : ١٩٨٨م : ١١٢) .

ويمكن تصنيف الاتجاهات في عدة أنواع فهناك اتجاهات فردية تخص شخص واحد أو جماعية يحملها مجموعة أفراد، وهناك اتجاهات خاصة بموضوع معين أو اتجاهات عامة تمتد إلى عدة موضوعات مرتبطة ، وهناك اتجاهات قوية تبقى طول العمر أو ضعيفة معرضة للتخلي عنها ، وهناك اتجاهات سرية يفضل كتمانها أو علنية يفضل إعلانها صراحة ، وهناك اتجاهات سلبية أو إيجابية تنحو

بالفرد قريباً أو بعيداً عن موضوع الاتجاه ، وهناك اتجاهات غامضة أو محددة بوضوح في ذهن ووجدان وسلوك صاحبها (حمزة : ١٩٨٢ م : ٢٤٨) .

ونظراً لكون الاتجاه متغير فرضي خفي شأن العديد من المتغيرات النفسية لذا طور علماء النفس الاجتماعي طرق عديدة لاستنتاجه يمكن تلخيصها في ثلاثة أنواع:

- ١- الاتجاهات السلوكية العملية : ويكشف عنها أثناء الاتصال بمواقف طبيعية أو إختيارية، وتلاحظ في الأداء السلوكي وردود الفعل الفسيولوجية .
- ٢- الاتجاهات اللفظية التلقائية : ويكشف عنها أثناء الحديث التلقائي عن موضوع الاتجاه .
- ٣- الاتجاهات اللفظية المتزعة : ويكشف عنها بمقاييس الاتجاهات والاستفتاءات الموضوعية مثل :
 - طريقة بوجاردوس ١٩٢٥ م لقياس المسافة الاجتماعية .
 - طريقة ثيرستون ١٩٢٩ م بأنواعها (المقارنة الزوجية ، الفقرات المتساوية البعد ، الثنائيات المتدرجة) .
 - طريقة ليكرت ١٩٣٢ م لقياس التقديرات المجملية أو المجمعة .
 - طريقة جوتمان ١٩٤٧ م لقياس التحليل التراكمي المتدرج .
 - طريقة لاسجود ١٩٥٢ م لتمييز معاني المفاهيم (خير الله: ١٩٨١ م : ٤٠) (الحارثي : ١٩٩٢ م : ٦٩) .

وكثيراً ما تخرج مقاييس الاتجاهات بنتائج متعارضة ، ويرجع ذلك للخلط بين الاتجاهات نحو الموضوع والاتجاهات نحو الموقف ، (ويبين روكش ١٩٨٠ م Rokeach أن معظم اهتمام الباحثين تركز على الاهتمام بالموضوع دون الموقف

مما أدى إلى تأخر نمو نظرية الاتجاه ، فالموضوع Object يمكن أن يكون عياناً أو مجرداً أما الموقف Situation فهو حدث دينامي نشط ، وفي هذه الدراسة جمع الباحث بين الاتجاهات نحو الموضوع والموقف ، فالاتجاه نحو موضوع المرض يرتبط بالمنظومة المعرفية المجردة لدى الفرد، أما الاتجاه نحو المريض فيرتبط بمواقف الاتصال بالمريض على مستوى إدراك صورته أو المشاعر والسلوكيات المحمولة نحوه ، وكثيراً ما يجري التفريق بين مقاييس المنظومات المعرفية كمقاييس معتقدات ومقاييس الاتصال بالمواقف كمقاييس اتجاهات إلا أن جميعها تحمل خصائص الاتجاه المميزة كموجه وضابط للسلوك الإنساني وتحمل قيمة مفضلة محبة أو غير محبة (خليفة : ١٩٨٤م : ١٦ ، ٢٩) .

ثانياً : المريض النفسي :

ليس من اليسير تحديد من هو الشخص المصاب باعتلال نفسي، وقد قدم كولز ١٩٨٢م Coles تحليلاً منظماً لأوجه عدم الاتفاق على محكات تحديد المصاب باعتلال نفسي ، نعرضها بتصرف فيما يلي :

١- الأعراض الموضوعية (المفهوم البيولوجي) :

ويعتبر حالة الاعتلال النفسي مجموعة أعراض مصاحبة لإعتلال بدني كأبي مرض آخر يعالج بواسطة الأطباء ، مركزاً على التصور البيولوجي لتحديد أسباب المرض، والباثولوجيا لتحديد أعراض وعلامات المرض ومآل المريض ومن ثم علاجه، وهذا المفهوم وضع قديماً في نهاية القرن الثامن عشر مع الثورة الأولى للصحة النفسية من خلال الملاحظات السريرية لحالات تتصف بالشدة والخطورة داخل المصحات ، ويوجه النقد لهذا المفهوم لأنه يبالغ في قياس الإعتلال النفسي على المرض الجسدي دون اعتبار لصور التكيف النفسي الحاطة الناتجة عن أزمات

بيئية أو آثار للعلاقات الاجتماعية والحضارية فيوصف الشخص بأنه ملوث بفيروس أو مادة غريبة، ومن أوضح الأمثلة المعارضة لهذا المفهوم الفصام الاستجابي الذي يحدث عقب أزمات بيئية حادة، ولا تزال جمعيات الصحة العقلية تقبل على استخدام الأعراض الموضوعية لتحديد الاعتلال النفسي مع تأكيد على الوظيفة الاجتماعية بدلاً من الوظيفة البيولوجية (كولز: ١٩٩٢م: ٣٤) (سوين: ١٩٨٨م : ٧٤) .

٢- الندرة (المفهوم الاحصائي) :

ويعتبر الإعتلال النفسي ندرة واستثناء للسلوك الأكثر تكراراً لدى أفراد المجتمع، ويركز هذا المفهوم على التوزيع الرياضي الكمي لسلوك مجموعة كبيرة من الناس على منحنى افتراضي ممتد الطرفين يسمى المنحنى الجرسى وبموجبه يتحدد الاعتلال النفسي في الندرة على أطراف المنحنى ، ويستخدم هذا المفهوم لتشخيص الحالات الانفعالية المتطرفة (هوس ، اكتاب)، ويوجه النقد لهذا المفهوم لاعتمادة على ملاحظة السلوك الظاهر دون تعمق في السببية المرضية ، إضافة لعدم تحمله الطبيعة المتصلة بين الصحة النفسية والمرض النفسي لتقديمه فئات منفصلة للاعتلال وعدم الاعتلال، ولعل أهم عيوب هذا المفهوم إعتباره الندرة محكاً للاعتلال النفسي وفي حالة شيوع الاعتلال المرضي يصبح السلوك السوي شاذاً ، وقد قدم التاريخ أمثلة لحالات مثالية صالحة كان سلوكها صحيحاً سويّاً مقابل انتشار الإعتلال المرضي، مما يطرح إعادة النظر في موقع الإعتلال النفسي هل هو في الفرد أم في البيئة التي يتفاعل فيها الفرد .

٣- سوء التوافق الاجتماعي (المفهوم الثقافي) :

ويعتبر الإعتلال النفسي سلوك إجتماعي سئ التوافق مع المبادئ والقيم الثقافية، ويركز هذا المفهوم على المعنى الذي يضعه المجتمع للإعتلال والسقم والسلوك غير المعقول ، وقد قدم بيندكت (Benedict 1934) أمثلة لاختلالات مرضية في المجتمع الأمريكي تُحظى باحترام في الثقافات الأخرى مثل إظهار البارانويا الهذائية لدى شعب الدابو Debu في شمال غرب ميلانيزيا ، ويوجه النقد لهذا المفهوم لأنه غير ثابت ويقبل التغيير بين المجتمعات والعصور الزمنية ، كما أنه لا ينفي الاعتلال بقدر ما يشير إلى إمكانية تعايشه مع ثقافة المجتمع ، .. و يعجز هذا المفهوم على وضع حدود التفريق بين (الخبل - الإجرام) ، وحاول المحك الطبي تعديل المعيار الثقافي لصالح جماعات نوعية على أساس العمر والجنس .

٤- فشل التكيف الإيجابي (مفهوم الإعاقة) :

ويعتبر الاعتلال النفسي إخفاق في الكفاح الإيجابي عن أداء الوظائف والادوار الاجتماعية ، ويركز هذا المفهوم على شدة الأعراض ومظهر الصحة النفسية الموجب وهو القدرة على التوافق الاجتماعي، فليس كل من أصيب بعلّة عضوية عاجز عن أداء وظائفه الاجتماعية في حين أن هناك من لا يشتكي من علة العضوية ويظل يطلب الشفاء متنقلاً بين الأطباء ليتمكن من أداء وظائفه الاجتماعية ، ويتميز هذا المفهوم بقدرته على الدفاع عن المرض على مستوى الأعراض البيولوجية لصالح القدرة على تجنب الإعاقة عن أداء الأدوار الاجتماعية والتي يمكن تعديلها عن طريق تعديل اتجاهات البيئة الثقافية، وقد وافق ويجروكي Wegrocki 1939 على أن السلوك الظاهر مظهراً ثانوياً لعدم السواء الأصلي وإمكانية تعديله عن طريق تعديل الاتجاهات الثقافية .

٥- التعاسة الذاتية (المفهوم النفسي الفردي) :

ويعتبر الاعتلال النفسي ضيق وعدم راحة ذاتية ناتج عن اضطراب بناء الشخصية الكلي، ويركز هذا المفهوم على قدرة الفرد على تقييم تعاسته الذاتية وقبوله بشعور الضيق أو توهم المرض أو الاستجابة الهذائية أسلوباً دفاعي لتحقيق توازنه الشخصي، ويوجه النقد لهذا المفهوم من مؤيدي المفهوم الثقافي فلا يمكن الإستناد للتعاسة الذاتية كمحك للاعتلال النفسي، فمريض الهوس أو الفصام أو الهستيريا قد ينكر آلامه الداخلية رغم اضطراب سلوكه أو تفكيره أو شخصيته .

٦- المفاهيم الإدارية والبحثية :

وهذه المفاهيم تعتمد على محكات إجرائية لتحديد الاعتلال النفسي ، وكما أوضح سكوت ١٩٥٨م هدفها التسهيل وليس التفسير والتعليل ويمكن حصرها فيما يلي :

- التعرض لعلاج نفسي أو عقلي : وهذا المفهوم يسلم مسبقاً على أن حالة الاعتلال النفسي هي التي تقع تحت طائلة الرعاية النفسية أي رعاية نفسية طبية أو تقليدية ، ولا يضع هذا المفهوم شروط مسبقة لمعنى الاعتلال ولديه قصور في البرهنة والتدرج بين الصحة والمرض النفسي .

- التشخيص النفسي العقلي : وهذا المفهوم يقبل الاعتلال النفسي على اساس تجانس الأعراض مع أحد التشخيصات المعروفة ، مهملاً إفتقار التشخيصات للدقة، نتيجة تداخل وتشابه الأعراض والتي تظهر في

تطبيقات الأطباء عند تناقض تشخيصاتهم، فضلاً عن إنطلاق التشخيصات من أحد المفاهيم السابقة (كولز : ١٩٩٢ م : ٣٤) .

ويرى (نور : ١٩٨٣ م) (أن هناك شبه إجماع على تحديد المضطرب نفسياً من خلال شدة وحدة الأعراض) ويوافق الباحث على أن هذا التحديد يوفر عدد من المميزات هي :

- ١- إمكانية تحمل المريض النفسي اجتماعياً : فمتى تم استخدام العلاجات الطبية وخفض الأعراض أمكن اعتبار الشخص قابل للتكيف الاجتماعي .
- ٢- الصلة والتدرج بين الصحة والمرض : وبموجبه يتحدد الاعتلال من خلال وضع الشخص على متصل متعدد الحلقات يقع في طرفه قمة التمتع بالصحة النفسية وفي طرفه الآخر قمة الاعتلال النفسي .
- ٣- توفير الأساس العلمي لتصنيف الأعراض : فالتوجه العلمي القائم يرى أن الاضطرابات النفسية حصيلة تفاعل متبادل بين الإمكانيات البيولوجية والنفسية والاجتماعية وأن المريض حين يتعرض لأزمات التكيف الحاطة يستبدل العادات الطبيعية بأعراض انعزالية ، وتتفاوت هذه الأعراض الانعزالية من أعراض خفيفة إلى أعراض شديدة ، لذا نجد التصنيف العالمي العاشر للأمراض النفسية والعقلية لمنظمة الصحة العالمية ١٩٩١ م يوزع الاضطرابات النفسية من خلال شدة الأعراض ولم يعد هناك إقبال لتقسيم الاضطرابات إلى عصاب وذهان .

وحيث أن اهتمام الدراسة يتركز على اتجاهات أهالي المرضى ذوي الاضطرابات النفسية غير العضوية لذا وجب التعريف بهذا الاضطرابات موضوع الدراسة .

ثالثاً: التعريف بالاضطرابات الذهانية الوظيفية Functional Psychosis:

وهي اضطرابات ذات منشأ نفسي ولا يعرف لها سبب عضوي واضح تتعرض فيه الوظائف العقلية والوجدانية والسلوكية للتدهور، وتشابة أعراضها مجموعة الاضطرابات العصابية والفرق بينهما في الشدة، فالأعراض العصابية أقل حدة ولا يعاني صاحبها من إختلال صلتته وتمييزه للواقع وأما الأعراض الذهانية فتكون شديدة لدرجة لا يستطيع بسببها الذهاني تمييز الحقيقة من الخيال، ويعيش عالماً سيكولوجياً خاصاً يختلف عن الواقع ويتصرف على أساسه مما يجعله خطراً على نفسه وعلى الآخرين إن لم يعالج ، وفيما يلي تعريف بهذه الاضطرابات :

١- الفصام Schizophrenia:

وهو من أكثر الاضطرابات العقلية انتشاراً ، أقترح كريبلين (Kraepelin : 1893) تسميته بالعتة المبكر لأنه يظهر في فترة الشباب ولمقابلته مع عته الشيخوخة، واعترض بلوير ١٩١١م على هذه التسمية لأن الفصام يصيب الكبار والصغار على حد سواء وأطلق عليه الشيزوفرنيا للإشارة إلى حالة التصدع والتفكك الذي يصيب وحدة الشخصية (ولخص جيمس دريفر أعراضه في ضعف الارتباطات بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية وتفكك وعدم تناسق الحياة الانفعالية ، وحدد سنفورد F.Sanford أعراضه في الابتعاد عن عالم الحقيقة ووجود هلاوس حسية وأفكار زائفة وهذيان وانسحاب عن الواقع واضطراب حاد في الحياة الانفعالية لدى المريض) (عيسوي : ١٩٩٢م : ٩٤).

ويميز الاطباء أربعة أنواع رئيسية له هي :

أ- الفصام البسيط : هو أصعب الأنواع تمييزاً لعدم وجود أعراض الفصام الهامة مثل الهلاوس الحسية والأفكار الضلالية ، على أن أهم أعراضه هو التسطح والتبلد الانفعالي وعجز الإرادة عن توجيه السلوك الذاتي للمريض .

ب - النمط الفصامي المختل : ويتميز بعدم تماسك اللغة واضطراب التداعي وانتشار كثير من التعبيرات الانفعالية غير الملائمة، فضلاً عن الشكاوى الجسمية الدائمة والأنزواء عن التفاعل الاجتماعي .

ج - الفصام التخشي : وهو من أقل الفصامات شيوعاً ، ويتميز باضطراب شديد في الوظائف الحركية، كالتخشب عند السير أو التشكيل الشمعي للجسم أو تصلب حركة الجسم أو سيطرة اللوزام الحركية كالسير بطريقة دائرية دون كلل أو ملل .

د - النمط الهاجسي : ويتميز بسيطرة هواجس العظمة أو الاضطهاد وتكون الهلاوس عادة لها نفس المحتوى، ويصاحب هذه الأعراض أعراض ثانوية مثل الشك الشديد والميل للجدل والقلق والغضب المفاجئ والجنوح للعنف أحياناً (إبراهيم : ١٩٨٦ م : ٥٢) .

وهناك أشكال أخرى من الفصام مثل الفصام الوجداني الذي يترافق مع اضطرابات وجدانية من المرح والاكتئاب ، وهناك الفصام الكامن الذي يختفي تحت غط سطحي من السلوك العصابي ، وهناك الفصام غير المتميز الذي يتضمن أكثر من عرض أكلينيكي للفصام ولا يمكن إدراجة ضمن الأنواع السابقة ، ويفرق الأطباء بين الفصام الهاجسي والاضطرابات الضلالية كالبارانويا والبارافرنيا، فيجد الشخصية في البارانويا متماسكة ولا تتدهور مع وجود ضلالات

ثابتة ومنسقة حول العظمة أو الغيرة والاضطهاد ولا يرافقها هلاوس ، أما البارافرنيا فنجد الشخصية متماسكة ولا تتدهور مع وجود الضلالات والهلاوس وتأتي عادة في سن متقدمة خاصة لدى النساء الكبار في السن (ياسين: ١٩٨٨م: ٢٩٥) (عكاشة ١٩٩٢م : ٢٩٨) .

ويمكن إيجاز الأعراض الأكلينيكية للفصام التي تظهر على الشخصية في :

أ- وجود هواجس لأساس لها من الصحة : كاعتقاد المريض أن سلوكه محكوم بقوى خارجه عنه وأن أفكاره الداخلية تذاع على الهواء فتقل للآخرين بطريقة مجهولة، أو اعتقاده بوجود قوى دخيلة عليه تسيطر على أفكاره ومشاعره واندفاعاته.

ب- اضطراب شكل التفكير : مثل عدم ترابط الأفكار وتفككها وتداعي التفاصيل الثانوية مما يجعل كلام الفصامي مستعصي على الفهم المنطقي ، أو الميل للعيانية الشديدة أو التهويمات التجريدية مما يجعل أفكار الفصامي غامضة .

ج- اضطراب عمليات التفكير : ويأخذ مجرى عمليات التفكير البطئ في الاستنتاجات والاستجابة للمنبهات الخارجية، أو العجز عن الاستمرار في التفكير نتيجة ضغط الأفكار وتشتت التفكير عن الموضوع الرئيسي مما يجعل الأفكار فقيرة ويفقد المريض قدرته على التعبير .

د- اضطراب الوجدان: ويأخذ الاضطراب الوجداني لدى الفصامين شكلين أما التسطح الانفعالي وعدم الاكتراث بما حوله وتصبح العاطفة جامدة ، أو عدم الملائمة الانفعالية مع الأحداث الخارجية ، فتظهر الانفعالات قوية أو متفاعلة مع الأفكار والهواجس الداخلية .

هـ- الاضطرابات الحركية : وتنتشر في بعض فئات الفصام كالفصام التخشيبي، فتظهر حركات سلوكية ليس لها سبب عضوي مثل أرجحة الجسم أو السير بطريقة متصلبة أو الحركة بطريقة منتظمة جيئة وذهاباً أو القيام بحركات شاذة وغريبة .

و- العجز عن اتخاذ قرارات لتنفيذ النشاطات والمشروعات التي يقترحها الفصامي، بسبب عجز الإرادة عن ضبط السلوك لدرجة قد يفقد فيها المريض اهتمامه بنفسه وبنظافته الشخصية وبأسرته وبنشاطاته الاجتماعية.

ز- وجود هلاوس واحساسات داخلية ليس لها أساس واقعي ، فيسمع أصوات تحدثه وتصدر له أوامر وتعلق عليه لا يسمعها أحد غيره ، وقد تكون هذه الهلاوس سمعية أو شمعية أو تذوقية أو لمسية ونادراً ما تكون بصرية في الفصام (إبراهيم: ١٩٨٦م: ٥١).

وحول أسباب حدوث الفصام كثير من الحوار ، فكولمان ١٩٥٠م يعتبر الفصام استعداد وراثي فقد وجد في دراسته للتوائم الفصامية المتماثلة ان احتمالية حدوثه ترتفع إلى ٩١٪ إذا تمت النشأة في الظروف الطبيعية وتنخفض إلى ٧٧٪ إذا تمت في ظروف حياتية مختلفة ، وهناك تفسير قديم يرجع الفصام لعيب في تراكيب المخ وتغذيته بالأوكسجين وسريان الدم فيه، ومن خلال تشريح أدمغة المرضى المتوفين وجمع الأدلة التشخيصية لرسمات مناطق الدماغ وشرائنه من المرضى المصابين بالفصام أتضح وجود فروق في مناطق أدمغة المرضى ولكن إتضح لاحقاً أن هذه الفروق ليست سبباً للمرض بل نتيجة له، وفي السنوات الأخيرة توجه الاهتمام لمنطقة صغيرة في الدماغ تسمى نواه أكيومبانزي Nucl-Accumbans على اعتبار أنها مصدر للعديد من الاضطرابات العصبية وقد تكون سبباً للفصام، ومن التفسيرات الأكثر رواجاً لدى الأطباء إرجاع الفصام لخلل الناقلات العصبية الكيميائية مثل (الدوبامين، السيروتونين، نورادرينلين)،

وهناك تفسيراً آخر يرجع المرض إلى خطأ في مصل الدم الفصامي يؤدي إلى نقص القدرة على إستقلاب وأكسدة الكلو كوز في الدماغ اللازم لتوفير الطاقة الضرورية لمواجهة مواقف الشدة والإرهاق (كمال : ١٩٨٧ م : ١٣٦ ، ١٥٧) .

ومن خلال ملاحظة صعوبة الاتصال مع المرضى وعجزهم عن تجريد المفاهيم الاجتماعية ظهرت تفسيرات نفسية ترجع الفصام لخلل الاتصال في محيط الأسرة، فيرى Battison أن الطفل ينمو بعالم مشوش المعاني نتيجة تعرضه للتناقض المزدوج بين تعليمات الأقوال وتعليمات الأفعال التي يتلقاها من جهة ومن تناقض الوالدين من جهة أخرى فيفقد القدرة على إقامة علاقات ثابتة متوازنة مع الغير ويعجز عن التفريق بين القول والعمل ويحيطه الشك بكل ما يحيط به، أما ليدز (Lidz:1963) فيرجع الفصام إلى إغوجاج الجو العائلي الذي يمد شخصية المريض منذ الطفولة بأنماط التفاعل المرضى فقد لاحظ نقصاً في التفاهم بين والدي المريض الفصامي، ولاحظ فشل الأب في تأكيد رجولته داخل العائلة ، وتوصل وتكر (Whitaker:1958) لنفس النتيجة حيث وجد خللاً في نطاق أسرة الفصامي فالأم تأخذ دور الرجل في التعامل العائلي والأب يتخذ دور البديل للأم وتكون العلاقة بين الزوجين مطلقين يتقاسمان الأولاد ، أما سينجر (Singer : 1965) فاعتبر الطفل المهية للفصام سبباً الحظ لسببين أولهما أنه ورث الاستعداد المرضى وثانيهما أنه ينشأ في أسرة مضطربة تمده بأنماط السلوك والتفكير المضطرب ، أما لانج وساز (Laing&Szaz :1972) فاعتبر الفصام استجابته ذهانية طبيعية يجسدها الشخص للتعایش مع المواقف غير المحتملة وهو حالة اغتراب أو ارتداد يطورها الإنسان للتعایش مع هذه المواقف التي صنعها الإنسان لأخيه الإنسان دافعاً به إلى موقع الجنون، لذا فهما يفضلان النظر للفصام في إطار إجتماعي بدلاً من الإطار الطبي (كمال: ١٩٨٧ م : ١٤٣) (عكاشة : ١٩٩٢ م : ٢٥٤) .

٢- الذهان الوجداني Affect Psychosis :

وهو من أكثر الاضطرابات الوجدانية انتشاراً، والخلل الأساسي في هذه الاضطرابات هو تغير الوجدان والمزاج الذي يترواح بين الحزن الشديد والابتهاج المفرط ويرافقه عادة تغيرات مماثلة في النشاط الكلي ، ويمكن تمييز ثلاثة أنواع رئيسية له هي :

أ- الاضطرابات الوجدانية الكبرى : وتشمل نوعين من الذهان الوجداني الوحيد القطب وهما :

• نوبات الهوس : ويميز الأطباء الهوس الخفيف كأحد الأشكال التي تتميز بنشاط واضح ومعتدل مع شعور بالنشوة والسعادة والطاقة الزائدة ، وهناك الهوس الشديد في أعراضه الذي يتزايد فيه النشاط الحركي المحموم دون هدف واضح قد يؤدي للإعياء ويتزايد فيه النشاط الاجتماعي لدرجة الإغراق في الحديث مع الغرباء بكلام تافه أو صرف النقود في مشاريع خاسرة ويظهر نشاط جنسي مبالغ فيميل المريض للإستعراض والتبرج والعري واستخدام التلميحات الجنسية الفاضحة ويرتفع فيه الصوت ويتسارع لدرجة قد تلتهب فيها الحبال الصوتية وتغزير الأفكار وتتداخل وتتأطير بين أكثر من فكرة، ويتميز المريض بسرعة الاستثارة والتهور وتشتت الانتباه وتسرعى انتباهه التفاصيل الثانوية وتحوي أفكار المريض العظمة والغرور والنشوة، ويتجاوب المريض بسرعة مع النكات والألفاظ الغنائية ويصعب مقاطعته كما تقل حاجته للنوم .

• نوبات الاكتئاب الحاد : وهي نوبات حزن وتعاسة شديدة وقميلة للاستمرارية وكثيراً ما يفضل المريض الإنتحار كبديل لأحزانه، ومن أعراضه تدني النشاط الحركي والشعور بالتعب والإرهاق ويزداد

الإنشغال بالجسم وأحياناً ينخفض النشاط الحركي لدرجة السبات وعدم الاستجابة للمثيرات الخارجية، وأحياناً يحدث هياج حركي، كما يفقد المريض اهتمامه بالمسرات ويفقد شهيته للطعام ويعاني من الضيق والأرق والإمساك ويقل تركيزه وتتسلط عليه الأفكار الانتحارية والشعور بالذنب وانعدام القيمة وتظهر أحياناً ضلالات تتمشى مع المزاج المنخفض مثل توهم العلل المرضية ، وكثيراً ما تتزايد حالات الانتحار إذا صاحبها أزمات اجتماعية ك وفاة أحد الزوجين أو تدهور الحالة الصحية أو الخسارة المالية .

ب - الاضطرابات الوجدانية النوعية: ويمكن تصنيفها في نوعين هما :

- النوبات الدورية : وخاصيتها الانتقال من حالات الهوس إلى حالات الاكتئاب في شكل دورات متكررة يعود بينها المريض لحالته الطبيعية بعد كل نوبة ، ولتشخيص هذا الاضطراب لابد أن تكون الدورات ذات دوام نسبي لا يقل عن سنتين .
- الاضطرابات الانهباطية: ولا يرافقها أعراض عقلية كالهواجس والضلالات وهي ما يطلق عليها الاكتئاب العصبي، كما أن المريض لا يفقد صلته بالواقع ولا يفضل الانتحار كحل لمعاناته .

ج - الاضطرابات الوجدانية غير المحددة : ويمكن تضمين هذا النوع جميع الاضطرابات الوجدانية التي لا يمكن تصنيفها مع الفئات السابقة مثل الذهان الوجداني المختلط الذي تترافق فيه أعراض مشتركة بين الهوس والاكتئاب في النوبة الواحدة (إبراهيم: ١٩٨٦ م: ٥٤) (التمريض النفسي: بدون : ١١٨).

وحول أسباب الاضطرابات الوجدانية جدل أيضاً كما هو حال الفصام، فالبعض يرى أن الاضطرابات الوجدانية استعداد وراثي، حيث وجد أن نسبته ترتفع إلى ٦٥٪ بين التوائم المتشابهة وتنخفض إلى ١٤٪ بين التوائم المتآخية، أما لانج وكريتشمر ١٩٢٨-١٩٣٦ م. فيعتبرون الأشخاص المهينين للمرض أصحاب تكوين جبلي مميز أي: يتميزون بخصائص تكوينية وشخصية محددة فهم أصحاب الشخصية النواوية المتصفة بسرعة الانفعال وسهولة التعبير عن العواطف ومزاجهم متقلب بين النشاط والمرح إلى الحزن والتشاؤم مع ميل للانطلاق وحب مخالطة الناس والكرم ويتميز تكوينهم الجسماني بالقصر وضخامة تجويف البطن وقصر الأطراف والرقبة واستدارة الوجه، وهناك تفسيرات ترجع هذه الاضطرابات لنقص تركيز الإمينات الحيوية في المخ مثل (نور أدريينالين، السيروتونين) فيهبط النشاط عند نقص تركيزها في المخ وعندما يزداد تركيز (نور أدريينالين) يزداد الهوس والنشاط، وهذا التصور هو أساس العلاج بمضادات الاكتئاب، وهناك تفسيرات ترجع هذه الاضطرابات لخلل افرازات الغدد الصماء فقد لوحظ ظهور المزاج الاكتيبي مع اضطراب الهرمونات الجنسية قبل الطمث الشهري وعقب بعض حالات الولادة والنفاس وعند سن اليأس، ولوحظ أعراض الاكتئاب في مرض المكسيديما (نقص افراز الدرقية) ولوحظ أعراض الانبساط في مرض جريف (زيادة إفراز الدرقية) ولوحظت أعراض الذهان الدوري في مرض كشنج (زيادة افراز الغدة الإدرينالية)، وهناك أبحاث حديثة تربط الاكتئاب بخلل التمثيل الغذائي وتوزيع عناصر كالسيوم والصوديوم، حيث وجد أن الجسم يحتفظ بكمية ٥٠٪ من الصوديوم في حالة الاكتئاب وترداد الكمية إلى ٢٠٪ في حالة الهوس وتعود نسبة الصوديوم إلى طبيعتها عند شفاء المريض (عكاشة: ١٩٩٢م: ٣٦٤) (عزت: ١٩٨٦م: ١٥٨).

أما التفسيرات النفسية التحليلية للإكتئاب فتعتبر المكتئب شخص يطلب المحبة المفقودة في الطفولة وحين يفشل في كسب المحبة يحبط ويوجه طاقته الليدية لتدمير ذاته ويتهم الأنا ويشعر بالدونية، وفي حالة الهوس يوجه طاقته الحيوية الغريزية للتعبير عن نفسها دون عنان ، أما النموذج المعرفي الذي قدمه بيك ١٩٧٦م فيتلخص في قصور آلية تفكير المكتئب في مواجهة الضغوط فيفهم أن ذاته عاجزة وأن خبراته معوقة وصورة المستقبل لديه سالبة ومصدر ذلك أخطاء منطق تفكيره فعملية الاستدلال لديه ناقصة وطريقة تعميماته متسرعة وتقييمه للمواقف مبالغ فيضخم الصغائر ويحمل نفسه مسؤولية الأخطاء دون مبرر حقيقي، لذا فيجب أن يتركز أسلوب العلاج المعرفي على تعديل مفاهيم الذات والخبرة والمستقبل وتغيير نظام القياس المنطقي ، أما سليجمان ١٩٧٥م فيرجع أساس الاكتئاب لعملية تعلم قلة الحيلة واليأس، فعندما تحدث مواقف الكرب ويحس الإنسان بقله حيلته نحوها يتعلم اللامبالاة ومن تكرار موقف الكرب يتعلم اليأس والقنوط والاستسلام ثم تبدأ بعد ذلك تغيرات المزاج وأعراض الاكتئاب الأخرى، أما لازارس ١٩٦٦م فاعتبر الانعصاب أساس الاضطرابات الوجدانية وينشأ الانعصاب للموائمة بين الضغوط البيئية ومطالب الكائن الحي وعندما تفشل إمكانات الفرد لمواجهة الضغوط يبدأ الجسم باستجابة الانعصاب التكيفية وتحدث تغيرات كيميائية عصبية ، وقد أوضحت الدراسات الحديثه حقيقة الصلة بين الضغوط والاستجابة الكيميائية العصبية، فتتشط الناقلات العصبية (كالدوبامين والسيروتونين والنورابينفرين) لمواجهة الضغوط وتستهلك إذا زادت الضغوط وإذا استمرت الضغوط يحدث قصور في تكوينها، كما وجدت مناطق في جذع المخ تفرز أفيون بشري يعطل النشاط حيث وجدت بعض الدراسات أن الضغوط الناجمة عن الفقد تكون مصحوبة بانطلاق أفيون الأندروفين البشري (اسماعيل : بدون : ١١٦، ١٥٢، ١٨١).

رابعاً : المسؤولية الشخصية الاجتماعية :

مفهوم المسؤولية بشكل عام يتعدى تحديد دونه ربطه بفلسفة المجتمع ، فهو ثمرة فلسفة المجتمع وتشير لمطلب العمل والتفكير ووجه المسائلة المناطة بالأفراد والمؤسسات ، وتعرف المسؤولية لغة: بأنها حال أو صفة من يسأل عن أمر تقع عليه تبعته فيقال : أنا بريء من مسؤولية هذا العمل ، وتطلق أخلاقياً: على التزام الشخص بما يصدر عنه من قول أو عمل ، وتطلق قانونياً على الالتزام بإصلاح الخطأ الواقع على الغير طبقاً للقانون (إبراهيم : ١٣٩٣هـ) .

ويعرف (رزوق: ١٩٨٧م) المسؤولية الاجتماعية Social Responsibility بأنها كون الشخص ولي أمره والمسئول عن تصريف شئونه بحيث يتولى دوره العملي ويؤدي مهماته آخذاً على عاتقه القيام بنشاطاته وأعماله والاضطلاع بكافة الأعباء والمهام المسندة إليه دون سواه شاعراً بالمسؤولية أو الواجب خلال ممارسته ومشاركته في الأعمال الجماعية (ص : ٢٥١) .

ويعرفها (زهران : ١٩٨٤م) بأنها مسؤولية الفرد الذاتية عن الجماعة أمام نفسه وأمام الجماعة وأمام الله وهي الشعور بالواجب الاجتماعي والقدرة على تحمله والقيام به (ص : ٢٢٩) .

وفي اللغة الانجليزية يراد بالمسؤولية عدد من المعاني والمصطلحات حددها (البادي: ١٩٨٠ م) في :

- ١- الاهتمام Concern .
- ٢- الضمير الاجتماعي Social Conscience .
- ٣- المشاركة الاجتماعية Involvement .
- ٤- الاستجابة الاجتماعية Social Response .

والمسؤولية تكتسب وتنمو من عدة عناصر هي: الإهتمام ويقصد به الارتباط بالجماعة التي ينتمي إليها الفرد صغيرة أم كبيرة يخالطها الحرص على تقدم الجماعة وتماسكها وبلوغ أهدافها، أما العنصر الثاني: فهو الفهم ويقصد به فهم المغزى الاجتماعي لأفعال الفرد أو فهم الفرد للجماعة بحيث يكون قادراً على معرفة القيمة الاجتماعية لتصرفاته ، أما العنصر الثالث: فيتضمن المشاركة أي الاشتراك في العمل مع الآخرين في الأعمال التي وضعتها الجماعة ، وهذه العناصر ترتبط وظيفياً بالشخص وتعمل متكاملة وتنمو تدريجياً عبر التطبيع الاجتماعي (عثمان : ١٩٧٣م : ٦) .

وتعتبر المسؤولية أحد القيم الإيجابية في الشخصية كالصدق والكفاية والإقتدار ويرى باير (Baier : 1969) (أن القيم محدد هام للسلوك ، فعندما يؤدي الفرد سلوكاً أو يختار مساراً مفضلاً فإنه يفعل ذلك وهو على علم بأن المسار الذي اختاره إنما يساعد على تحقيق قيمة أفضل من المسارات الأخرى) (ص: ٤٠) .

ويشير (الفقي : ١٩٨٤م) إلى أن العلاقة بين اتجاهات الأفراد وقيمهم تبدوا أكثر تعقيداً بسبب الدرجة التي تسهم بها قيم الفرد في نموه ، وإن اتجاهات الفرد المتعددة تتوقف على مركزية هذه القيم. (الكندري : ١٩٩٢م : ٣٠١) .

ولهذا فإن توفر اتجاهات إيجابية نحو أي موضوع إذا لم تتجمع حول قيمة مركزية كالمسؤولية تجعل الفرد يندمج في أعمال عشوائية قد لاتخدم أهداف ومصلحة الجماعة .

كما أن الشعور بالمسؤولية أحد حالات الدافعية التي توجه استجابة الفرد عن طريق الخصائص الإدراكية حين يصدر حكماً معيارياً جرى فيه الاختيار — بما يتمشى مع ماهو متوقع ، وهو في نفس الوقت يزيد من الإحساس بالقيمة الذاتية

(فالفرد المسئول اجتماعياً يشارك في علاج مشكلات الجماعة ، اشتراكاً ينم عن فهم الجماعة وحرصه عليها ويدرك ما يترتب على سلوكه من نتائج تنعكس على الفرد والجماعة ، مما يجعله يشعر بأنه محل تقدير الآخرين ويشعره بالقدرة على النجاح، وهذا بدوره يجعله أكثر إقبالاً على الجماعة ، ويزيد من مسئولية الاجتماعية) (عيسى: ١٩٨١م : ١٢٤).

والمسئولية أحد أبرز مظاهر السلوك ضمن المواقف الاجتماعية المختلفة، ويرى الباحث أنها تؤثر في الاتجاهات حيث يعمل سلوك المسئولية على تعديل الاتجاهات ، وفي حالة تعارض المسئولية مع الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي فالاحتمال الوارد تحول الاتجاهات عن وجهتها ، لذا ستعمل الدراسة على معرفة طبيعة العلاقة الارتباطية بين المسئولية والاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي .

خامساً : منهم الوقاية في الطب النفسي :

شجع الفهم الشامل لطبيعة التفاعل المعقد بين العوامل الاجتماعية والنفسية والبيولوجية في نشأة الاضطرابات النفسية الوظيفية على اعتماد منهج الوقاية منها ، وإدراج علاجها ضمن الخدمات الطبية العامة ، وينطوي هذا التوجه على معاملة الاضطرابات النفسية الوظيفية معاملة الاضطرابات العضوية واعتماد استراتيجية التدخل الوقائي على مستوى: التطبيق البيولوجي وعلى مستوى التطبيق الاجتماعي . ويمكن تحديد إجراءات الوقاية من المرض النفسي الوظيفي وفق أهداف الطب النفسي المجتمعي في العمل على ثلاث مستويات هي :

١- الوقاية الأولية : لمنع أسباب حدوث المرض النفسي وزيادة معدل إنتشاره، بتشديد اليقظة والحرص من أسباب المرض النفسي والعقلي وتخفيف المعاناة وترميم العلاقات الاسرية المتصدعة وإبراز قيمة الأسرة كوحدة متفاعلة وليس متعايشة فقط مع تعزيز القيم المحققة للتكيف الاجتماعي ، وبرز دور المؤسسات التربوية والإعلامية والشبابية والاجتماعية والدينية وأقطاب المجتمع في تحقيق ذلك .

٢- الوقاية على المستوى الثاني : لتقصير مسار المرض والحد من معدل انتشاره، وظهرت أهمية التدخل السريع لعلاج المرض وكشفه مبكراً واستخدام العقاقير في علاج المريض النفسي وتقليل حالات الانتكاس بالعقاقير الممتدة المفعول مع زيادة تبصير الأفراد في المحيط الاجتماعي بعلامات الكرب وتفعيل مهارات الإتصال لديهم والحد من تطویرهم لمواقف العداة والذنب والفرع من المريض النفسي .

٣- الوقاية على المستوى الثالث : بهدف تجنب تحول المرض لحالة الإزمان عن طريق خفض معدلات اضطراب الأداء أثناء المعالجة الطبية ببرامج فعالة للتأهيل . وفي المملكة العربية السعودية تبنت إدارة الصحة النفسية

والاجتماعية بوزارة الصحة منهج الوقاية من المرض النفسي في تكامل مع الخدمات الطبية العامة ، وفي تناسق مع جهود المؤسسات الأخرى ، ويمكن ملاحظة جهود وقائية ضخمة تتبعها المؤسسات الصحية .

فعلى مستوى الوقاية الأولية : تزايد الاهتمام بنشر الوعي والتثقيف الصحي النفسي مع توفير خدمات العلاج الوقائي عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة في كل موقع سكاني وإحالة الحالات المحتاجة لرعاية طبية نفسية للمؤسسات المتخصصة، (وهناك عزم لدى وزارة الصحة لوضع برنامج مدعم بالأبحاث لمعرفة الإضطرابات التي يمكن أن يتعرض لها الفرد ومن ثم التدخل لإحتوائها وفق أسلوب علمي متخصص إضافة لتقديم خدمات المتابعة العلاجية لبعض المرضى في مقر إقامتهم) وعلى مستوى الوقاية الثاني والثالث : توفرت مؤسسات علاجية متخصصة لتقديم هذه الخدمة وعنها يشير عثمان الطويل ١٩٩٥م (أنه يتوفر ١٥ مستشفى للصحة النفسية بالمملكة تتضمن ٥٥ قسماً وعيادة نفسية يضاف إليها ٣ مستشفيات مخصصة لعلاج الإدمان والتأهيل النفسي والاجتماعي وقد بلغ عدد الأسرة الخاصة بالمرضى النفسيين حتى نهاية عام ١٤١٤هـ ٢٥٦٤ سريراً) (عكاظ: ١٩٩٥م: ١٩) (الحارثي: ١٩٩٣م: ٦١). وكثيراً ما يواجه تحسين العمل الوقائي عقبات لا يمكن عزلها عن الاتجاهات القائمة في المجتمع عن المرض والمريض النفسي ، ومن العوامل المساعدة لتحسين العمل الوقائي توفر اتجاهات معرفية موجبة عن الأسباب البيئية والشخصية المؤدية للمرض النفسي لمنع حدوث المرض النفسي ، وتوفير قناعة موجبة بأساليب العلاج الطبي النفسي تشجع على طلب العلاج عند حدوث المرض، وتوفر إدراكات ومشاعر وسلوكيات موجبه نحو المريض النفسي الوظيفي تعينه على التوافق الاجتماعي عند شفائه وتحسنه .

* تراث الدراسات السابقة :

أولاً : الدراسات العربية :

تقصت عدد من الدراسات العربية الجانب المعلوماتي عن المرض النفسي والأفكار السائدة عنه منذ الستينات، ومن أقدم الدراسات المعروفة في هذا الصدد بحث محمد أمين ١٩٦٤ م (اتجاهات طلبة الجامعة نحو أساليب العلاج النفسي في الكليات النظرية والعملية ، وتوصلت هذه الدراسة إلى وجود اتجاهات سلبية نحو أساليب العلاج النفسي لدى عموم الطلبة ويزداد انتشارها لدى طلبة الكليات النظرية مقارنة بطلبة الكليات العملية) (شقير : ١٩٩٤م : ١٢٦) .

وفي دراسة (عبد الحميد : ١٩٧٤م) للإجابات الشائعة لبعض القضايا النفسية بواسطة مقياس لبعض الأسئلة السيكلوجية ، تم تطبيقه على (٢٠٠) طالبة في أحد الجامعات المصرية موزعين مناصفة بين طالبات الاجتماع والتجارة يشمل كل منها (٥٠) طالبة من الفرقة الأولى و (٥٠) طالبة من الفرقة الثانية ، اتضح من نتائج الدراسة انتشار الكثير من العبارات الشائعة الخاطئة لدى العينة الكلية مثل : الاعتقاد بأن التفكير في المرض الجسمي أو العقلي يؤدي للتعرض للمرض ، وأن العيوب الجسمية والعقلية لا تؤدي إلى التأخر إذا توفرت الإرادة ، وأن حظ الفرد وشخصيته يتأثر بالنحس والنجوم ، وكشفت الدراسة تحسن المعتقدات النفسية الخاطئة مع التقدم العلمي في التعليم الجامعي وتأثر بالتخصص فيزداد انتشار الأفكار الخاطئة لدى طالبات التجارة مقارنة بطالبات الاجتماع (ص ٣٣٣) .

كما وضع (عبد الخالق : ١٩٨٢م) مقياس للاتجاهات نحو المرض العقلي مكون من ٢٢ فقرة يشمل معلومات عن المرض العقلي واتجاهات نحو المريض

العقلي ، وقام بتطبيقه على ٣٧٤ طالبة بجامعة الأزهر في قسم علم النفس ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى توفر اتجاهات شقيقة نحو المريض العقلي لدى نسبة كبيرة من العينة تمثلت في قبول الاندماج مع المريض العقلي في زيارة والعمل في المجال النفسي ، كما ظهرت اتجاهات رافضة نحو المريض العقلي تتمثل في اعتباره خطراً على المحيطين به وعدم السماح له باتخاذ قرارات حياته اليومية ، وظهرت معلومات غير صائبة عن المرض العقلي تتمثل في ضرورة تنويم المريض العقلي في المستشفى بمجرد ظهور علامات مرضية لديه لدى ٧٤٪ من العينة ، وكانت الاتجاهات متفائلة حول إمكانية الشفاء والوقاية والحد من معدلات حدوث المرض العقلي ، وقرر ٤٤٪ من أفراد العينة صعوبة فهم السلوك الشاذ (ص ٩٧) .

وتابع (عبد الخالق وآخرون ١٩٨٢ م) في دارستين متلاحقة بحث علاقة الاتجاهات نحو المرض العقلي ببعدي الشخصية الانبساطية والعصابية على عينات من الإناث ، بواسطة مقياس الاتجاهات نحو المرض العقلي الذي أعده في الدراسة السابقة وبواسطة مقياس أيزنك للشخصية (الصورة ب) :

- وفي الدراسة الأولى : جرى تطبيق أدوات الدراسة على ٥٧٦ طالبة بالمعهد العالي للتمريض بجامعة الأسكندرية ، واتضح من نتائج التطبيق أن الاتجاهات الإيجابية نحو المريض العقلي تتوفر لدى أكثر الطالبات تطرفاً في الانبساط والإنطواء على بُعد (الانبساطية) أما الطالبات الحاصلات على درجة مرتفعة على بُعد (العصابية) فزاد اعتقادهن بانتشار المرض العقلي (ص : ١١٩) .

- وفي الدراسة الثانية : جرى تطبيق أدوات الدراسة على ٣٣٦ طالبة في قسم علم النفس بجامعة الأزهر ، واتضح من نتائج التطبيق أن الاتجاهات السلبية عن المرض العقلي تتوفر لدى أكثر الطالبات تطرفاً في الانبساط

والإنطواء على بُعد (الانبساطية) فلم يتوفر لديهن أمل في الوقاية وانقاص معدل انتشار المرض العقلي وحافظن على مسافة اجتماعية بينهن وبين المريض العقلي ، أما الطالبات المرتفعات الدرجة على بُعد (العصابية) فزاد اعتقادهن بعدم ضرورة التعجيل بإدخال المريض للمستشفى ، أما الطالبات المنخفضات الدرجة على بُعد (العصابية) فاعتقدن في إمكانية الشفاء من المرض العقلي والحاجة الماسة لإدخال المرضى للمستشفيات (ص: ١٣١). وخرجت نتيجة الدراستين العامة بمحدودية العلاقة بين الاتجاهات نحو المرض العقلي ونمط الشخصية .

أما (خليفة : ١٩٨٤ م) فدرس المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عيتين من الجمهور ومن عائلات المرضى من الذكور والإناث تبلغ كل عينة ٢٠٠ فرد ، وطلب منهم الاستجابة على مقياس من إعدادهم خصص منه ٧٤ فقرة لقياس المعتقدات و ٢٧ فقرة لقياس الاتجاهات نحو المريض النفسي ، واتضح من نتائج التطبيق تشابه معتقدات الجمهور السالبة مع معتقدات عائلات المرضى فالجميع يتفق على غباء وعدوانية المريض النفسي وعدم القدرة على التمييز واتخاذ القرارات حول مشاكله اليومية وزاد الاعتقاد في الطرق الوهمية لعلاج المرض النفسي ، كما ظهر افتقاراً وغموضاً في المعلومات الدقيقة عن المرض النفسي ، وتحسنت المعتقدات مع ارتفاع المستوى التعليمي ، أما الاتجاهات نحو المريض النفسي فقد انتظمت حول ثلاثة عوامل هي : الإحساس بخطورة المريض النفسي - والابتعاد عن المريض النفسي - والتسامح حيال المرضى مع تجنب التفاعل معهم ، وخلصت الدراسة على أن الاتجاهات القائمة (انعكاس للمناخ الثقافي المنتشر) عن طبيعة أعراض وطرق علاج المرض النفسي.

وواصل (خليفة : ١٩٨٩ م) وصف ومقارنة المعتقدات عن المرض النفسي والاتجاهات نحو المريض النفسي لدى الذكور والإناث ، مستخدماً مقياسه المعد في دراسته السابقة بعد التعديل ، وطبقه على ٢٧٤ طالباً و ٢٨٠ طالبة في المرحلة الثانوية، وظهر من نتائج الدراسة انتشار المعتقدات الخاطئة لدى أفراد العينة الكلية ضمن أبعاد طبيعة المرض وأسبابه وطرق علاجه وتأثير المريض على الأسرة لتشكيل مخططات Schemas يكون لتعميمها خطورة في الحكم على هؤلاء الأشخاص ، وظهر فروق في معتقدات الذكور والإناث فتزايد اعتقاد الذكور بوسائل العلاج الطبي مقارنة بالإناث ، وقدم الإناث صورة أكثر سلبية عن طبيعة المرض النفسي ومآله مقارنة بالذكور ، وزاد رفض الإناث لأسباب المرض النفسي الخرافية ، أما الاتجاه نحو المريض النفسي فكان سلبياً عموماً وبالذات لدى الإناث ، وانتهت الدراسة على وجود علاقة بين المعتقدات عن المرض النفسي والاتجاهات نحو المريض النفسي (ص : ١٠٣).

وفي دراسة أخرى تابع (خليفة : ١٩٨٩ م) مقارنة المعتقدات عن المرض النفسي والاتجاهات نحو المريض النفسي بين ذوي التحكم الداخلي والخارجي، مستخدماً أبعاد منتقاة من مقياس المعدل في الدراسة السابقة وأيضاً مقياس روتر Rotter للتدعيم الداخلي، وطبقها على ٢٧٤ طالباً في المرحلة الثانوية بمدارس القاهرة من القسمين العلمي والأدبي بمتوسط عمري قدره ١٧,٥ عام ، ودلت نتائج الدراسة على وجود علاقة بين المعتقدات ومركز التحكم وإنتفاء هذه العلاقة بين الاتجاهات ومركز التحكم ، وظهر اتجاه سلبي نحو المريض النفسي لدى ذوي التحكم الداخلي والخارجي ، وظهرت فروق في معتقدات ذوي التحكم الداخلي والخارجي فاعتقد ذوي التحكم الداخلي في طرق العلاج الطبيعية وإمكانية الشفاء من المرض النفسي وقل اعتقادهم بالأضرحة والأولياء

وتحضير الأرواح بعكس ذوي التحكم الخارجي الأكثر اعتقاداً بالأساليب الخفية للمرض النفسي والطرق العلاجية غير العلمية (ص ١٠٢) .

وفي دراسة حديثة تناول (محمد : ١٩٩٤م) الاتجاهات نحو المرض النفسي في علاقتها بالاضطرابات الوجدانية والسيكوسوماتية لدى عينة من الجنسين تبلغ ١١٢ فرداً من طلبة جامعة الإمارات يشكل الذكور منهم ٤٢ فرداً والإناث ٧٠ فرداً وجرى تطبيق مقياس للأعراض السيكوسوماتية واستبيان للاتجاهات نحو المرض النفسي مكون من (٢٠) بنداً من إعداد الدارس ، وكشفت نتائج الدراسة فروق في الاتجاهات بين الذكور والإناث ، وفروق بين الجنسين في الاضطرابات السيكوسوماتية الذي تعاني منه الإناث أكثر من الذكور ، وظهر ارتباط أنواع من الاضطرابات بينود الاتجاهات فاعتقد المضطربين (بالخوف والقلق والشك والسيكوماتية العامة) بأن المرض النفسي مس من الجن ونقص في الإيمان وعدم إشباع للدافع الجنسي والإعتقاد الخاطئ بزيارة القبور والثقة في أن قراءة الكتب الدينية تشفي من المرض النفسي ، أما (المكتئين) فيعتقدون بعاطفية المريض النفسي، أما (السيكوباتيه) لدى الإناث فارتبطت بالاعتقاد في التخلف العقلي لدى المرضى النفسيين ، واعتقد المصابون (بالإرتعاد) في أن المرض النفسي معدي ويتسبب الجهل فيه ، وارتبط (السلوك السيكوباتي) لدى العينة الكلية بعدم الرغبة في إقامة علاقة مع المريض النفسي وارتبط هذا المعتقد أيضاً (بالاكتئاب لدى الذكور والخوف على الصحة لدى الإناث) ولم يرتبط الاعتقاد بإمكانية الشفاء من المرض بأي نوع من السيكوسوماتية (ص : ١٧١) .

كما أجرت (شقير : ١٩٩٤م) دراسة لتحري أثر التعليم والتخصص الدراسي في أحداث فروق في المعتقدات عن المرض النفسي والاتجاهات نحو المريض النفسي لدى طالبات سعوديات في مدينة تبوك ، موزعة على عيتين من

الأقسام العلمية والادبية: كل منها يبلغ ١٣٦ طالبة مختارين من المدارس الثانوية وكلية التربية للبنات، وكشف نتائج الدراسة أن المعتقدات الخاطئة هي الأكثر شيوعاً والاتجاهات سلبية عموماً نحو المريض النفسي، وظهر أن التقدم في المستوى التعليمي يحسن المعتقدات والاتجاهات، ولم يظهر تأثيراً جوهرياً للتخصص العلمي في إحداث فروق في المعتقدات أو الاتجاهات (ص: ١٢٤).

وأجرى (كفاي: ١٩٩٤م) بدولة قطر دراسة للاتجاهات نحو المرض النفسي لمعرفة دور التعليم والجنس في إظهار فروق الاتجاهات، وجرى إعداد مقياس مكون من (٦٠) فقرة يتضمن اتجاهات شاملة عن المرض النفسي وإدراك مظهر المريض وتم تطبيقه على ٤٢٣ مفحوصاً منهم ١٤٣ من الذكور و ٢٨٠ من الإناث في مراحل الدراسة الثانوية والجامعية، ومن نتائج الدراسة ظهر أن اتجاهات الذكور أكثر صحة من اتجاهات الإناث حول إمكانية الوقاية من المرض النفسي ومآل المريض وأساليب العلاج، مع اتفاق العينة الكلية حول أسباب المرض النفسي، كما اتضح أن التعليم الجامعي يحسن اتجاهات الإناث أكثر من الذكور حول أسباب المرض النفسي وإمكانية الوقاية منه والتفائل بمآل حسن للمريض النفسي، وظهر أن اتجاهات الذكور أكثر ثباتاً من اتجاهات الإناث فلم تظهر فروق على جميع أبعاد المقياس بين طلبة الثانوية والجامعة.

ثانياً الدراسات الأجنبية :

أخذ موضوع الاتجاهات نحو المرض النفسي حقه من البحث في نهاية خمسينات هذا القرن، فقد نوناللي ١٩٦١م Nunnally كتاب تصورات شائعة عن الصحة العقلية، قدم فيه دراسة مسحية لمعلومات الجمهور عن المرض والمريض العقلي، مستخدماً أداتين أحدهما استفتاء للمعلومات والآخر مقياس للتمايز السيمانتكي لقياس المشاعر الكامنة نحو المريض العقلي تقدم فيه عبارة

مثيرة للمفحوص عليه تقديرها على عدد من الأبعاد التقويمية بهدف التحقق من صدق المعلومات المذكورة في الاستفتاء، ومن نتائج الاستفتاء اتضحت صورة موجبة عن المريض العقلي حيث وصف (بالانساق في التفكير ، وإمكانية علاجه، وقدرته للعودة إلى بيئته المحلية)، إلا أن مقياس المشاعر الكامنة أظهر نتيجة مختلفة تتمثل في (خطورة المريض العقلي، وعدم الوثوق به ، أو سهولة التنبؤ بتصرفاته ، وانعدام قيمته) لدى المستجيبين مهما كان سنهم أو مستواهم التعليمي، وتبين جلياً الاختلاف الكبير بين الاتجاهات اللفظية والاتجاهات الوجدانية نحو المريض العقلي (كاشدان : ١٩٨٨م : ١٧٤).

وفي دراسة عاملية أجري كوهين وسترينج ١٩٦٢م Cohen & Struening بحثاً للإعتقادات الشائعة عن المرض العقلي في اثنين من المستشفيات العقلية ، وتوصل إلى توفر خمسة اتجاهات رئيسية هي: عامل التسلطية Authoritarianism وتشير درجته المرتفعة إلى اعتبار مرضى المستشفيات العقلية اشخاص مختلفين عن العاديين وفئة بشرية دنيئة، وهناك عامل الخيرية Benevolence وتشير درجته المرتفعة إلى نزعة تعاطفية للخير مع المرضى العقلين ، وأيضاً أيدولوجية الصحة العقلية Mental Hygiene Ideology وتشير درجته المرتفعة إلى الاعتقاد بأن المرض العقلي النفسي مماثل للأمراض العضوية ، وكذلك عامل الضبط الاجتماعي Social Restrictiveness وتشير درجته المرتفعة إلى الاعتقاد بضرورة تقييد حرية المريض لحماية المجتمع منه سواء داخل أو خارج المستشفى، أما عامل العلاقة السببية المتبادلة Interpersonal Etiology فتشير درجته المرتفعة إلى الاعتقاد بأن المرض العقلي ناتج عن الخبرات الشخصية خصوصاً الحرمان من حب واهتمام الوالدين ، وتوصل كوهين وسترينج ١٩٦٤-١٩٦٥م إلى أن العاملين في المستشفيات العقلية الحاصلين على درجات مرتفعة على بعد التسلطية

والضبط الاجتماعي لا يستمر مرضاهم على متابعة العلاج ويفادورن المستشفى على عكس العاملين الحاصلين على درجات منخفضة على هذين العاملين .

وفي دراسة أخرى طبق السورث ١٩٦٥ م Allsworth مقياس كوهين وسترينج على عينة قوامها ٦٥ عضواً من المرضى والمساعدین في مستشفى المحاربين القدماء ، ووجد أن العاملين الحاصلين على درجات مرتفعة على عامل الضبط الاجتماعي يتسم سلوكهم غالباً بالتشدد وعدم مراعاة مشاعر الآخرين ويعوزهم تفهم المرض والصدق فيهم كما أنهم لا يستجيبون للمرضى .

وفي دراسة تجريبية توضح إدراكات الأفراد لشخص موصوم بمرض عقلي مطلوب العمل معه ، طلب فاريناورينج ١٩٦٥ م Farina & Ring من أزواج من المفحوصين الموزعين على عینتين تجريبية وضابطة العمل المشترك على أدوات جهاز شبيه بالمتاهة ، وجرى إيهام أحد أفراد الأزواج التجريبية بأن رفيقه عولج في مصحة عقلية بواسطة قصاصة تم استبدالها خفية بدلاً من القصاصة التي كان يعدها كل مفحوص مسبقاً عن تاريخ حياته ، وبعد انتهاء العمل على الجهاز طلب من المفحوصين الاستجابة على استبيان يسأل عن إدراك صورة رفيق العمل كما قدر إنجاز الشركاء على مسافات المتاهة ، واتضح من نتائج الاستبيان أن النظرة للموصومين بالمرض العقلي لا تقوم على التقدير ولا يحسن الظن بهم ، واتضح من نتائج أداء العینتين حُسن إنجاز المجموعة التجريبية لحد ذو دلالة ، وجرى تفسير النتيجة بأن العمل مع الأسوياء يرفع درجة القلق المعوق للأداء في حين أن العمل مع المرضى لا يمثل تهديداً يعوق الأداء، وتبين جلياً أن الوصمة بالمرض العقلي تحرم الفرد من التقدير وتزيد المبالغة في حمايته رغم عدم وجود سلوك حقيقي يبرر ذلك (كاشدان : ١٩٨٨ م : ١٧٨) .

وللحصول على برهان قاطع على أن الاتجاهات الشائعة عن المرض العقلي تؤثر على أداء العاملين في المستشفيات في ضوء التشريع Enactment المدرك للمساعدات العقلية، استخدام ميهر ١٩٧١ م Meher ثلاث أدوات نفسية للحصول على ثلاث متغيرات هي :

١- الاتجاهات نحو المرض العقلي: لقياس النزعة التسلطية والنزعة الخيرية وأيدولوجية الصحة العقلية والتقييد الاجتماعي والمعرفة بأسباب المرض البيئشخصية .

٢- دور المساعدة المتوقعة : لقياس التقبل والإذعان المتوقع والتفاعل العلاجي المتوقع والاعتمادية المتوقعة والقيادة الشخصية المتوقعة والأداء الشامل المتوقع .

٣- دور المساعدة التشريعي : لقياس التقبل والإذعان التشريعي والتفاعل العلاجي التشريعي والاعتمادية التشريعية والقيادة التشريعية والأداء الشامل التشريعي .

ومن خلال تطبيق الأدوات على ٦٠ عضواً من عدة مستشفيات متفرقة وتسجيل إدراكهم للدور التشريعي لثلاثة مساعدات طبية يقدمونها في عملهم المباشر، اتضح وجود ارتباط دال بين الاتجاهات وكل من توقع الدور وأيضاً إدراك تشريع الدور ، كما وجدت علاقة دالة بين توقع الدور وتشريع الدور ، وبين التحليل العملي اندماج العديد من المتغيرات ببعضها مما طرح الحاجة لإعادة تطوير أدوات قياس توقع الدور وتشريع الدور .

وتابع جورج ١٩٧٢ م George التعرف على الاتجاهات نحو المرض العقلي لدى عينتين من العاملين والمرضى النفسيين ، من خلال تطبيق أداتين

الأولى (مقياس الآراء نحو المرض العقلي) والثانية (استبانة أيدلوجية رعاية المرض العقلي) وذلك على (٧٠) عضواً عاملاً في أحد المستشفيات الأمريكية و (٦٧) مريضاً ذهانياً من الذكور لتحديد أثر متغيرات (النوع ، العرقية ، العمر ، مستوى التعليم ، المهنة ، الحالة الزوجية ، مدة الخدمة ، مدة المكوث في داخل المستشفى) وانتهت نتائج تحليل بيانات المقياسين احصائياً إلى أن العاملين السود يحصلون على درجات مرتفعة على المقياسين ، ولم تتضح فروق دالة احصائياً باختلاف العمر ومستوى التعليم لدى العاملين ، وحصل العاملون في الأقسام الداخلية وذوي الخدمة الطويلة وفئة مهنة معاونين على درجات مرتفعة على مقياس الآراء نحو المرض العقلي ، وحصل معاونون على درجات مرتفع على بعد التقييد الاجتماعي ، وحصل الأخصائيون الاجتماعيون على درجات مرتفعة على بعد الحرية وأيدلوجية الصحة العقلية في حين حصل الأطباء والأخصائيون النفسيون على درجات منخفضة عليهما .

وظهر أن المرضى يحصلون على درجات مرتفعة على المقياسين مقارنة بالعاملين ، ولم تظهر فروق دالة احصائياً على أبعاد مقياس الاتجاهات نحو المرض العقلي باختلاف العرقية ومدة الإقامة والتعليم والنوع ، وحصل المرضى المتزوجون على درجات منخفضة على أبعاد التسلبية والتقييد الاجتماعي وكانت الفروق دالة في هذين البعدين بين المتزوجين والعزاب ، وأسفر التحليل العاملي لاستبانة أيدلوجية رعاية المرض العقلي عن ستة عوامل هي : الرعاية ، تحكم المريض ، تحكم الجناح ، التشاؤمية ، الحرية ، طبيعة المرض العقلي (موسى : ١٩٩٤ م : ٣٣١) .

وقام كترلر ١٩٧٥ Cutler بفحص علاقة جنس المفحوص بالاتجاهات والسلوكيات نحو المرضى العقليين ، ومن خلال الإتصال وإجراء المقابلات مع

(٣٠) ذكراً و(٣٠) انثى في مدينة كونيكتكوت الأمريكية وتطبيق قائمة للمشكلات واستبانة للاتجاهات نحو المرض العقلي والتحصل على تعليقاتهم على تسجيل صوتي لمريض عقلي ، اتضح أن المريض العقلي أقل تقبلاً من الجيران عن المريض العادي ، وأنه يعامل ويعالج بطريقة مختلفة عن الفرد العادي ، كما تبين أن اتجاهات المرضى الإناث نحو المرضى العقلين أكثر إيجابية من اتجاهات المرضى الذكور (موسى : ١٩٩٤م : ٣٣٤) .

وتوصل ماهوني ١٩٧٩م Mohony في دراسة لاحقة إلى أن التصورات ليست حسنة لجميع فئات المرضى ، فيشيع عن العصاةين أنهم مزعجون ومتقلبو المزاج ، أما المجانين Insane فهم خطيرون ومخيفون ويسبون الرعب لمن حولهم ، أما المرضى النفسيين فهم المكتئبون وسلوكهم يتسم بالعنف والخطورة (خليفة: ١٩٨٩م : ١٠٤) .

وفي عدد من الدراسات التي تهتم بتدريب الممرضات اتضح أن الاتجاهات الموجبة نحو المريض ترتبط بالشخصية المتكاملة، فتوصلت توكاهاتا ١٩٦٠م في تحليلها لسلوك الممرضات المنتسبات لبرنامج في التمريض النفسي من خلال استجاباتهم لقياس التوجه نحو الذات والتوجه نحو الآخر أن الاتجاهات الإيجابية نحو المرضى والمستشفيات العقلية ترتبط بصورة دالة مع الذات الموجهة نحو الآخر أكثر من ارتباطها بالتوجه نحو الذات ، وفي دراسة باجلي وايفان وينج ١٩٧٣م Bagley & Evan Wong لآراء (١٠) مجموعات من الممرضات عند اختيارهن للمهنة اتضح أن مفهوم الذات المتكامل لذيهن يؤدي لتقبل زائد لمجموعات المعوقين بما فيهم العقلين (عبد الخالق : ١٩٨٤م : ١٢٧) .

وفي عدد من الدراسات الأخرى اتضح أن الميول السلطوية ترتبط بالاتجاهات السلبية نحو المرضى ، فبين جلبرت وليفنسون ١٩٦٥م

Gilbert & Levinson أن هناك علاقة بين التوجه غير الإنساني حيال المرضى العقليين والشخصية التسلطية ، وكشف فوجل ١٩٦١م Vogel في دراسة لمبادئ العلاقة العلاجية أن الاتجاهات التسلطية ترتبط بدرجة أقل من الفاعلية في العمل مع المرضى، وفي دراسة كانترو وشوماكر ١٩٦٣م & Canter Shomaker لمبادئ المهنة لدى عينة من طالبات التمريض وجد علاقة موجبة بين الميول التسلطية والاتجاهات السالبة نحو المرضى العقليين كما وجد أن مبادئ الممرضات تقاوم التغير (خليفة : ١٩٨٩م : ١٠٣) .

وفي دراستين لاحقة لمعرفة خصائص متطوعين لخدمة المرضى النفسيين اتضح أن أهم ما يميزهم هو المسؤولية، ففي دراسة فيشر ١٩٧١م Fisher لعلاقة السلوك التطوعي بسلوك المسؤولية الاجتماعية لدى (٣٢٩) طالباً طلب منهم الاشتراك في برنامج اجتماعي لمرافقة مرضى المستشفيات النفسية، اتضح وجود علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين سلوك المسؤولية وسلوك التطوع . وفي دراسة هوب فول ١٩٨١م Hobfoll لمعرفة خصائص متطوعات في برنامج الرعاية النفسية الاجتماعية جرى مقارنة (٢٣) طالبة جامعية متطوعة مع (١٩) طالبة من غير المتطوعات بواسطة مقياس خماسي الأبعاد يتضمن (التعاطف، المسؤولية الاجتماعية ، تقبل الذات، التكبر، التسامح) واتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية من المتطوعات والمجموعة الضابطة من غير المتطوعات على متغيرات المقياس عدا متغير المسؤولية الاجتماعية الذي أظهر فروقاً دالة إحصائياً بين المجموعتين لصالح مجموعة المتطوعات (متولى: ١٩٩٠م : ٨٢٠) .

وفي دراسة ذات تساؤلات أخرى بحث بيرجر ١٩٨١م اتجاهات العاملين في المستشفيات النفسية وصلتها بمستوى صراع المريض للخروج من المستشفى

وعملية اتخاذ القرار لخروج المرضى من المستشفى ، وتوقع الباحث وجود علاقة بين اتجاهات العاملين والقرارات التي يتخذونها لخروج المرضى ، وطبق إستبانة الاتجاهات نحو المرض العقلي على (٦٠) مفحوصاً من العاملين مع المرضى ، وأيدت النتائج صحة وجود الاعتقاد السائد بنموذج الضبط الاجتماعي للانحراف الذي يعتبر المرضى العقليين مصدر تهديد للمجتمع ، كما اتضح أن العاملين الأكبر سناً أكثر تعقيداً لقرارات خروج المرضى ، كما تبين أن اتجاهات الإناث أكثر إيجابية من اتجاهات العاملين الذكور نحو المرض العقلي. (موسى : ١٩٩٤ م : ٣٣٤) .

وفي دراسة عبر حضارية أجرت ماري كيتينج ١٩٨٥ م Keatinge مقارنة لاتجاهات جماعتين إيرلندية في مقاطعتين أحدها يحوى معدل كبير من الفصامين والأخرى معدل ضئيل من الفصامين ، وتم مقارنة الجماعتين في اتجاهاتهم من حيث (معدل قبول الفصام كمرض ، وفي إستخدام المستشفى ، والمعرفة بالاضطراب العقلي، وتسامح أنظمة التأيد للمرض العقلي ، وميل أعضاء الجماعة للبحث عن المساعدة) وجرى قياس هذه العمليات بواسطة قائمة الجماعة على عينة عشوائية من كل مقاطعة قدرها (١٠٠) فرد، وبينت النتائج أن المقاطعة التي ترتفع فيها نسبة الفصام تكون اتجاهاتهم أكثر إيجابية من المقاطعة الأخرى (موسى: ١٩٩٤ م : ٣٣٤)

وتناولت عدد من الدراسات الاتجاهات السلوكية والمشاعر نحو المرضى في طفولتهم من وجهة نظر المرضى أنفسهم ، فدرس جارمیزی وآخرون ١٩٦١ م Grmizy & Others اتجاهات المعاملة الوالدية للمرضى الفصامين في طفولتهم المبكرة، بواسطة مقياس لاتجاهات تنشئة الأطفال استجاب عليه ثلاثة مجموعات على نحو ما يمثل استجابة والديهم في طور النمو الأولي ، وتشكلت العينة الأولى

من فصامي العملية: وهو فصام يتميز بفترة انحلال طويلة وتشكلت العينة الثانية من فصامين استجابيين: وهو فصام ينشأ استجابة لنوع من الضغط الموقفي وتشكلت العينة الثالثة من مجموعة أسوياء يمثلون عينة ضابطة ، وأوضحت النتائج أن مجموعة فصام العملية ينسبون إلى والديهم اتجاهات تنشئة منحرفة أكبر من مجموعة الفصام الاستجابي ، ولاحظ الباحثون أن فصامي العملية يتحدثون عن غط سيادة الأم /والفصاميون الاستجابيين يتحدثون عن غط سيادة الأب . (كاشدان : ١٩٨٨م : ١١٦).

وفي دراسة مشابهة بحث كازاريان وآخرون ١٩٨٧م Kazarian & others الرابطة الوالدية لدى ٤٩ مريضاً خارجياً بالفصام تتراوح أعمارهم بين ٣٣-٤٧ عام وطلب منهم تذكر أساليب المعاملة الوالدية لهم في السنين العشرة الأولى من حياتهم، واتضح من النتائج أن أبرز ما يميز الآباء هو معاملتهم بأسلوب الحماية الزائدة (طاهر: ١٩٩٠م : ٥٦) ومن الأبحاث السابقة تبين نشأة الفصام كامتداد لخلل الاتصال والتفاعل الأسري .

وفي دراسة بيريز ١٩٨٦م Perris لاتجاهات التنشئة الوالدية لدى أربع مجموعات من مرضى الاكتئاب منها ٧٤ مريضاً بالاكتئاب الوحيد القطب و ٢١ مريضاً بالاكتئاب ثنائي القطب و ٣٤ مريضاً بالاكتئاب التفاعلي و ٣١ مريضاً بالاكتئاب غير المحدد ، وبعد إجراء المقارنة مع ٢٠٥ فرد من العاديين، اتضح أن ٦٤٪ من المرضى يتلقى حماية زائدة من والديه وأن جميع مرضى الاكتئاب خاصة وحيد القطب وغير المحدد قرروا بأن آبائهم كانوا أقل في الدفء العاطفي من العاديين (طاهر : ١٩٩٠م : ٥١) ويعزز هذا البحث نشأة الاكتئاب كامتداد لخلل التفاعل العاطفي داخل الأسرة .

وقد اهتمت عدد من الأبحاث بتعديل الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي، فقام بنتز وادجرتون ١٩٧٠م Bentz & Edgerton بالتعرف على دور البرامج التدريبية في تعديل الاتجاهات نحو المرض النفسي ، ولتحقيق هدف الدراسة تم إعداد مقياس مكون من ١٥٧ فقرة ، طُبّق على عينة تجريبية تبلغ ٤١٨ فرداً من القادة في مجالات السياسة والتربية والتعليم والدين وإدارة الأعمال ٨٥٪ منهم أنهى دراسته الثانوية والجامعية ، وطبق المقياس أيضاً على عينة تجريبية تبلغ ١٤٥٠ فرداً من نفس مناطق القادة ويكافئونهم في العمر والمستوى التعليمي، واتضح افتقاراً للكثير من المعلومات عن المرض النفسي وأسبابه وطبيعته راجع للتخلف الثقافي Cultural Lag ، وبعد تعريض المجموعة التجريبية فقط للمتغير التجريبي وكان عبارة عن برامج تدريبية عن طبيعة وأسباب وطرق علاج المرض النفسي ، وبعد استخدام قياس لاحق للمجموعتين التجريبية والضابطة، ظهر تحسن إيجابي في الاتجاهات لدى المجموعتين فهناك اتفاق على أهمية المستشفى والعلاج المتخصص في الشفاء من المرض النفسي، وفسر الباحثان هذا التغير غير المتوقع في اتجاهات الجمهور إلى التأثير الأساسي لاتجاهات القادة على اتجاهات الجمهور (خليفة: ١٩٨٤م: ٢٧٢) (خليفة: ١٩٨٩م: ١٠٣) .

وفي دراسة تحكمية لاحقة تحري فريزير ١٩٧٥م Frazier أنسب الوسائل لتعديل الاتجاهات السلبية نحو المريض العقلي لأن الاتجاهات السالبة تجاه المرضى العقليين تشكل عائقاً أمام تكيفهم وتوافقهم مع المجتمع ، وجرى اختيار عينة تجريبية تبلغ ٥٤ فرداً من طلاب جامعة رودايلاند قسمت إلى ثلاثة مجموعات كل منها يتعرض لوسيلة تغيير للاتجاهات ، كما تم الحصول على عينة مقارنة ضابطة للمقارنة قبل وبعد إدخال المتغيرات التجريبية، وجرى قياس أثر

متغيرات تعديل الاتجاهات بأداتين أحدهما مقياس للاتجاهات والآخر مقياس للقلق، وشملت وسائل تغيير الاتجاهات أسلوب العلاج السلوكي المسمى التحصين المنظم وأسلوب برنامج محاضرات ضمن مادة علم نفس غير العاديين وأسلوب ثالث يجمع بين الطريقتين ، وظهر من نتائج الدراسة أن برامج المحاضرات المشتملة على معلومات عن الأمراض العقلية كافي لوحده لإحداث التغير المطلوب في وجهة الاتجاه أما التحصين التدريجي فهو يقلل القلق ولايغير الاتجاهات إلا بمرافقة المحاضرات (غريب : ١٩٩٣ م : ٢٠٩).

وفي دراسة أخرى تحرت الين ديوي ١٩٨٨ م Dewey أثر التعليم الذي تحدّثه محاضرات تلقى لمدة ثلاثة ساعات للتعريف بطبيعة مرض الفصام ودور العلاج المهني له ضمن ورشة مخصصة للمشرفين المبتدئين مع مرضى الفصام ، وجرى اختيار عيتين عشوائية منهم ، الأولى تجريبية تتلقي المحاضرات والثانية ضابطة لاتتلقى المحاضرات ، وتضمنت إجراءات الدراسة تطبيق قائمة الإعراء الشخصي على المجموعتين قبل وبعد البرنامج بفواصل زمني قدره أربع أسابيع وتقيس هذه القائمة اتجاهات تصف مشاعر المفحوصين في مواقف بيث شخصية مع (مرضى الفصام ، وأفراد مرضى عقليين، وأفراد لا يوجد دليل على مرضهم العقلي) وأسفر تحليل البيانات إحصائياً على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس اللاحق للاتجاهات لدى المجموعتين. (موسى: ١٩٩٤ م: ٣٢٥) .

وفي دراسة أخرى قام ثوماسن ١٩٨٨ م Thomasson بدراسة الحاجة المعبرة ومكانة المخاطرة لدى أقارب المرضى ضمن برنامج جماعي للتدعيم التعليمي لإخوة المضطربين فصامياً وانفعالياً ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية خضعت لبرنامج التدعيم التعليمي لمدة ستة أسابيع وأيضاً مجموعة ضابطة،

وتم مسح الحاجات المعبرة لأقارب المرضى العقليين بواسطة استبانة تحوي ٤٢ عبارة تقيس الحاجات ، كما تم الكشف عن الفروق بين أخوة المرضى في المعرفة بالمرض العقلي والعلاج والتوافق والعلاقات بين الأخوة والاتجاهات نحو العاملين في مجال الصحة العقلية ونحو المرضى، وأشارت نتائج المقارنة بين المجموعة التجريبية والضابطة إلى وجود اتجاهات أكثر إيجابية لدى المجموعة التجريبية نحو العاملين في مجال الصحة العقلية ونحو المرضى النفسيين عن المجموعة الضابطة، نتيجة البرنامج الجماعي التدعيمي التعليمي (موسى : ١٩٩٤ م : ٢٣٦) .

ثالثاً : التعليق على الدراسات السابقة :

من خلال استعراض الدراسات السابق وفي ضوء نتائجها خرج الباحث بعدد من الملاحظات والأفكار الموجهة لدراسته :

- ١- تفاوت اتساع اهتمام هذه الدراسات بموضوع الاتجاهات ، فبعض الدراسات اهتم بشمولية الموضوع مثل دراسة (Mehr 1971, Cohen 1962) واقتصرت اهتمام بعض الدراسات على الاتجاهات نحو المرض والمريض معاً مثل دراسة (Bentz 1970 ، عبد الخالق ١٩٨٢ م، خليفة ١٩٨٩ م، شقير ١٩٩٤ م، كفاي ١٩٩٤ م)، وحصرت بعض الدراسات اهتمامها في الاتجاهات نحو المريض النفسي فقط مثل دراسة (Farina 1965 , Frazier 1975 , Dewey 1988) وبعض الدراسات قلصت اهتمامها بجوانب محددة عن المرض النفسي مثل دراسة (أمين ١٩٦٤ م) للاتجاهات نحو أساليب العلاج النفسي ، وبعض الدراسات اهتمت فقط بعناصر محدودة من منظومة الاتجاهات مثل دراسة (عبد الحميد ١٩٧٤ م، محمد ١٩٩٤ م) لذا فضل الباحث وضع مقياس يخدم أهداف الدراسة يهتم بالاتجاهات نحو المرض من حيث أسبابه

وطرق علاجه ومآل الشفاء منه، ويهتم بالاتجاهات نحو المريض النفسي من حيث الصورة المدركة عنه والمشاعر والسلوكيات نحوه .

٢- تباين تساؤلات الدراسات Kinds of Questions من السعي لاستكشاف الاتجاهات مثل دراسة (Keatinge 1985, Nunnally 1961)، خليفة (١٩٨٩ م) أو السعي لتحديد أثر عدد من المتغيرات فيها كالعمر والتعليم والتخصص الدراسي والحالة الاجتماعية والمهنة والجنس مثل دراسة (Cutler 1975, George 1972)، شقير (١٩٩٤ م، كفاي ١٩٩٤ م) أو تحديد جذور الاتجاهات نحو المريض النفسي مثل دراسة (Kazarian 1987, Grmizy 1961) أو علاقة هذه الاتجاهات بمتغيرات الشخصية والسلوك مثل دراسة (Hobfoll 1981, Fisher 1971)، عبد الخالق (١٩٨٢ م) أو معرفة العوامل الميسرة لتغيير وتعديل الاتجاهات مثل دراسة (Bentz 1970, Dewey 1988)، Frazier 1975) وتشير الصبغة العامة لنتائج هذه الدراسات إلى وجود اتجاهات سلبية نحو المريض النفسي وليست ثابتة وقابلة للتعديل والتغير ويؤثر فيها التدريب والتعليم خاصة لدى الاناث وتظهر في شكلها الإيجابي مع الأفراد المتكاملين في ذواتهم والمقدرين للمسئولية، لذا فضل الباحث استكشاف هذه الاتجاهات في البيئة السعودية والتأكد من تأثير متغير التعليم فيها وتحديد أثر الحالة الاجتماعية والعمر فيها الذي لم تناوله الدراسات العربية وتحديد علاقتها بالمسئولية الاجتماعية كأحد المتغيرات الرئيسية المرتبطة بالسلوك والشخصية .

٣- اختلفت العينات Samples المستخدمة في الدراسات، حيث استخدمت معظم الدراسات عينات من الطلبة أو الجمهور العام وهؤلاء اتضح أن

منظومتهم المعرفية عن المرض النفسي ناقصة واتجاهاتهم نحو المريض النفسي تتسم بالخوف والسلبية وعدم الثقة وتحسن اتجاهات الإناث عن المرض مع التقدم في التعليم وفق دراسة (Nunally 1961 , Farina 1965 ، خليفة ١٩٨٤م ، شقير ١٩٩٤م ، كفاي ١٩٩٤م) ، وبعض الدراسات استخدمت عينات من العاملين من المرضى وهؤلاء اتضح أن معارفهم واتجاهاتهم عن المرض والمريض النفسي متناقضة فمنهم من يحمل معارف وآراء واتجاهات موجبة ومنهم من يحمل اتجاهات سالبة تظهر مع انخفاض المستوى المهني ومع ذوي الميول السلطوية وشخصيات العاملين غير المتوازنة أو الكبار في السن وفق دراسة (Berger 1981 , Gilbert 1965 , Allsworth 1965 ، عبد الخالق ١٩٨٢م) وهناك دراسات استخدمت عينات حضارية مقارنة وتوصلت إلى توفر اتجاهات إيجابية عن مرض الفصام ومرضى الفصام لدى المجموعة الحضارية التي يزيد فيها انتشار الفصام مثل دراسة (Keatinge 1985) ولا توجد دراسات تناولت عينات من ذوي المرضى سوى دراسة وحيدة أجراها (خليفة ١٩٨٤م) وتمت في البيئة المصرية بينت انتشار اتجاهات سالبة عن المرض والمريض النفسي ، لذا فضل الباحث اختيار عينة من ذوي المرضى لعدم وجود دراسات سعودية تهتم بهم، وعينة أيضاً من العاملين مع المرضى لفحص نتائج الدراسات الأجنبية التي أظهرت نتائج متناقضة حول الاتجاهات التي يحملها العاملون مع المرضى .

٤ - لا توجد دراسات في البيئة السعودية تناولت عينة الذكور في البيئة السعودية والدراسة الوحيدة المتوفرة للباحث دراسة شقير ١٩٩٤م التي

تمت على عينة من الإناث ، لذا فضل الباحث دراسة الاتجاهات لدى عينة من الذكور .

٥- جميع الدراسات تسعى لتصحيح الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي متخذة وجهة نوعية تتفق مع استراتيجية الوقاية من المرض النفسي .

* فروض الدراسة :

من خلال الإطار النظري والدراسات السابق صاغ الباحث فروض الدراسة على النحو التالي :

- ١- يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية .
- ٢- يوجد اتجاه عام سلبي نحو المرض والمريض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين .
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى .
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين الأكثر تعليماً والأقل تعليماً .
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين المتزوجين وغير المتزوجين .
- ٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي باختلاف المستوى العمري .
- ٧- لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة .
- ٨- لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة .
- ٩- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المسئولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى .

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة

- ❖ منهج الدراسة .
- ❖ عينة الدراسة .
- ❖ أدوات الدراسة .
- ❖ إجراءات التطبيق .
- ❖ الأساليب الإحصائية لمعالجة النتائج .

* منهج الدراسة :

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي في بحث مشكلة الدراسة لتتناسب مع أهداف الدراسة وصلاحيته للإجابة على افتراضاتها ، حيث تم اختبار الفرضيات بالطرق الإحصائية المناسبة بعد استخلاص متغيرات البحث بأدوات القياس النفسي ، وترجع الحاجة للبحوث الوصفية في العلوم السلوكية لأنها تحقق هدفين أساسيين : أولهما : أنها تزود المهتمين بالمجالات النفسية الاجتماعية بمعلومات دقيقة عن الوضع القائم وهذه المعلومات تؤيد الممارسات القائمة أو ترشد إلى سبل تغييرها نحو ما ينبغي أن يكون ، أما الهدف الثاني : فهو إضافة مزيد من الحقائق والتعميمات إلى رصيد المعرفة بواسطة التعبيرات الكمية التي تصف حجم الظاهرة رقمياً ومقدار تأثيرها بمتغيرات أخرى ودرجة ارتباطها بظواهر أخرى مختلفة وهذا يساعد على فهم الظاهرة والتنبؤ بحدوثها على نحو أكثر دقة وهو الهدف العلمي النظري (جابر : ١٩٨٥م : ١٣٦) (عبيدات : ١٩٨٧م : ١٨٧) .

* عينة الدراسة :

تحدد مجتمع الدراسة في الأشخاص الذين يقدمون المساعدة للمرضى النفسيين داخل المستشفيات النفسية وفي البيئة الاجتماعية المحيطة ، ولاستخلاص عينة عشوائية ممثلة عُين اثنين من أكبر المستشفيات النفسية بالمنطقة الغربية في المملكة العربية السعودية هما (مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة) لأنهما يمثلان المنطقة الغربية أصدق تمثيل ويمتدان بخدماتهما إلى ثلاثة مدن رئيسية هي (جدة ، مكة المكرمة ، الطائف) ومجموعة واسعة من ضواحي هذه المدن .

وتحصل الباحث على عينة توفرت من عينة عشوائية ممثلة قوامها (٢٠٥) حالة صالحة للمعالجة النهائية ، وذلك بعد استبعاد (٤٥) حالة لم تستكمل بياناتها وتفي بمحددات العينة التالية :

- ١- تشمل العينة أعضاء الفريق المعالج في المستشفيات النفسية من (أخصائيون الطب النفسي ، الأطباء ، الممرضون ، الأخصائيون الاجتماعيون ، الأخصائيون النفسيون ، المستخدمين) .

- ٢- تشمل العينة ذوي المرضى النفسيين الذين يتصلون بهم في البيئة الاجتماعية المباشرة من (أهالي المرضى ، أقارب المرضى ، الجيران والأصدقاء).
- ٣- تقتصر العينة الكلية على الذكور الراشدين فقط ، لاعتبارات تتعلق بقياس متغير المسؤولية الاجتماعية حيث تختلف المسؤولية بين الذكور والإناث في المجتمع السعودي حسب نظر الباحث .
- ٤- تقتصر عينة ذوي المرضى على فئة الاضطرابات الوظيفية الذهانية غير العضوية. وفيما يلي توصيف لخصائص العينة :
- أولاً : مجموعات العينة :

توزعت العينة الكلية إلى مجموعة العاملين مع المرضى (١٢٥) حالة ، ومجموعة ذوي المرضى (٨٠) حالة، وتوزعت الخصائص المهنية والقروية لمجموعات العينة ومصدرها على نحو ما يوضحه جدول رقم (١):

جدول رقم (١) يوضح الخصائص المهنية والقروية ومصدرها لمجموعات العينة ن = ٢٠٥

مجموعة ذوي المرضى ن = ٨٠					مجموعة العاملون ن = ١٢٥				
المهنة	الطائف	جدة	الاجموع	نسبتهم	المهنة	الطائف	جدة	الاجموع	نسبتهم
أخصائيون الطب النفسي	٦	٣	٩	%٤,٤	أهالي المرضى	٢٩	١٥	٤٤	%٢١,٤
أطباء	٨	١	٩	%٤,٤	أقارب المرضى	١٧	٩	٢٦	%١٢,٧
ممرضون	٣٨	٢٣	٦١	%٢٩,٨	الجيران والأصدقاء	٤	٦	١٠	%٤,٩
أخصائيون اجتماعيون	١١	٥	١٦	%٧,٨					
أخصائيون نفسيون	٦	١	٧	%٣,٤					
مستخدمين	١٦	٧	٢٣	%١١,٢					
الاجموع	٨٥	٤٠	١٢٥	%٦١	الاجموع	٥٠	٣٠	٨٠	%٣٩

ثانياً : العمر :

توزعت الخصائص العمرية للعينة ومجموعاتها على نحو ما يوضحه جدول رقم (٢):

جدول رقم (٢) يوضح الخصائص العمرية للعينة الكلية ن = ٢٠٥ ومجموعات العينة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المدى العمري	عدد الأفراد	المجموعة
٩,٠٠	٣٤,٩٤	من ٢١-٦٧ عام	١٢٥	مجموعة العاملون
١٠,١٠	٣٤,١١	من ٢٠-٦٦ عام	٨٠	مجموعة ذوي المرضى
٩,٤٣	٣٤,٦٢	من ٢٠-٦٧ عام	٢٠٥	العينة الكلية

ثالثاً : الحالة الاجتماعية :

شملت العينة الكلية (١٥٦) فرد من المتزوجين و (٤٩) فرد من العزاب،

وتوزعوا على مجموعات العينة على نحو ما يوضحه الجدول رقم (٣):

جدول رقم (٣) يوضح خصائص الحالة الاجتماعية للعينة الكلية ن = ٢٠٥ ومجموعات العينة

العينة الكلية		مجموعة ذوي المرضى		مجموعة العاملون		الحالة الاجتماعية
نسبتهم	العدد	نسبتهم	العدد	نسبتهم	العدد	
%٧٦,١	١٥٦	%٧٢,٥	٥٨	%٧٨,٤	٩٨	متزوجون
%٢٣,٩	٤٩	%٢٧,٥	٢٢	%٢١,٦	٢٧	عزاب
%١٠٠	٢٠٥	%١٠٠	٨٠	%١٠٠	١٢٥	المجموع

رابعاً : المستوى التعليمي :

شملت العينة الكلية كافة المستويات التعليمية، والجدول رقم (٤) يوضح

توزيعهم على مجموعات العينة :

جدول رقم (٤) يوضح خصائص المستوى التعليمي للعينة الكلية ن=٢٠٥ ومجموعات العينة

الحالة الاجتماعية		مجموعة العاملين		مجموعة ذوي المرضى		العينة الكلية	
العدد	نسبتهم	العدد	نسبتهم	العدد	نسبتهم	العدد	نسبتهم
٤	%٣,٢	٦	%٧,٥	١٠	%٤,٩	١٠	%٤,٩
٥	%٤,٠	٦	%٧,٥	١١	%٥,٤	١١	%٥,٤
٧	%٥,٦	١٠	%١٢,٥	١٧	%٨,٣	١٧	%٨,٣
١٥	%١٢	١١	%١٣,٧	٢٦	%١٢,٧	٢٦	%١٢,٧
٥٣	%٤٢,٤	٣٠	%٣٧,٥	٨٣	%٤٠,٤	٨٣	%٤٠,٤
٢٥	%٢٠	١٥	%١٨,٨	٤٠	%١٩,٥	٤٠	%١٩,٥
١٦	%١٢,٨	٢	%٢,٥	١٨	%٨,٨	١٨	%٨,٨
١٢٥	%١٠٠	٨٠	%١٠٠	٢٠٥	%١٠٠	٢٠٥	%١٠٠

*أدوات الدراسة :

لاستخلاص متغيرات البحث استخدم الباحث الأدوات التالية :

أولاً : مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي :

أعد هذا المقياس (خليفة : ١٩٨٤م) واستخدمه في دراستين متلاحقة عام ١٩٨٩م وفي آخر صورة معدلة له اشتمل على (٤٦) فقرة موزعة في جزئين على أساس التمييز بين المعتقدات المثلثة في الاعتقاد بالزيف والصحة، والاتجاهات المثلثة في الحب والكراهية، وتضمن الجزء الأول : (٣٤) فقرة موزعة على ابعاد (طبيعة المرض النفسي، أسباب المرض النفسي ، طرق علاج المرض النفسي ، الشفاء من المرض النفسي ، تأثير المريض النفسي على الأسرة) واعتمد ميزان الاستجابة على الاختيار بين ثلاثة بدائل (نعم ، لا ، لا أستطيع التحديد)، وتضمن الجزء الثاني : (١٢) فقرة لبعء (المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي) واعتمد ميزان الاستجابة على الاختيار بين خمسة بدائل تمتد بين الدرجة (١) أقصى درجات المعارضة والدرجة (٥)

أقصى درجات الموافقة ، وحُسب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق على (٤٩) طالب وطالبة بمدينة القاهرة ، وقدر ثبات جزء المعتقدات بمعامل التوافق للفقرات وأبقى على البنود التي لا يقل معاملها عن (٠,٥) وقدر ثبات جزء الاتجاهات بمعامل ارتباط بيرسون لكامل المقياس وبلغ (٠,٨٢) لعينة الطلبة (ن = ٢٤) و (٠,٨٧) لعينة الطالبات (ن = ٢٥)، وقدر صدق المقياس العام بطريقة إتساق الأبعاد الداخلي، وإضافة للطريقة السابقة قدر صدق مقياس الاتجاهات بمعامل ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية للمقياس ، وقد تأكد صلاحية استخدام هذا المقياس في البيئة المصرية.

*** بناء مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي في الدراسة الحالية:**

يدرك الباحث أن أداة قياس الاتجاهات الجيدة التي لاتضع في اعتبارها الفروق الثقافية بين المجتمعات تكون عرضة لأخطاء القياس ، لذا طور الباحث مقياس خليفة ليلائم المجتمع السعودي ، وذلك لأنه من أفضل المقاييس العربية المعدة حول موضوع الدراسة ولأنه طبق في عدة دراسات في المجتمع المصري المشابه للمجتمع السعودي، وفيما يلي خطوات إعداد المقياس الجديد :

١- حدد الباحث إطار المقياس النظري على أساس أن كل عنصر في بناء المقياس يعبر عن جانب وجداني للتفضيل أو عدم التفضيل سواء كان معتقد أو سلوك أو مشاعر، ثم وزعت فقرات مقياس خليفة (١٩٨٩م) في جزئين على أساس التمييز بين فقرات الموضوع وفقرات الموقف وليس كما وضعه خليفه (معتقدات واتجاهات) وبذلك انقسم المقياس إلى (اتجاهات نحو المرض النفسي) و(اتجاهات نحو المريض النفسي) .

٢- وجد الباحث عدد من العبارات التي وضعها خليفة لاتناسب المجتمع السعودي ولاتتفق مع ثقافة فحذف هذه العبارات وعدل البعض الآخر مستفيداً من المقاييس العربية المتوفرة حول هذا الموضوع ، وصاغ عبارات المقياس لتلائم الفهم العام على ضوء النموذج الطبي النفسي الاجتماعي الحديث في عبارات موجبة وسالبة لتحاشي تأثير المسaire الذي يرد أثناء التطبيق، وتبلورت (٤٦) عبارة جرى توزيعها على أبعاد جديدة تخدم أهداف الدراسة يتجانس بعضها مع أبعاد مقياس خليفه .

٣- عُرض المقياس على (٤٠) ^(٦) طالب دراسات عليا بجامعة أم القرى يدرسون القياس والتقويم النفسي ، وبحكم معرفتهم لمبادئ القياس النفسي والإيضاحات التي شرحها الباحث عن المقياس ، قدموا تعليقاتهم المفيدة حول سلامة توزيع الفقرات على أجزاء المقياس وأبعاده ، وصلاحيّة التعديلات ووضوحها ، وسلبية وإيجابية الفقرات ، والحاجة للحذف والإضافة .

٤- عُرض المقياس بعد التعديل على (٦) ^(٦) من أساتذة علم النفس بجامعة أم القرى بمكة المكرمة وقدموا ملاحظاتهم القيمة وتوجيهاتهم الثميرة حول ارتباط العبارات بالأبعاد وملائمتها للغرض القياسي بطريقة ليكرت ، وإيجابية وسلبية العبارات ، وخرج المقياس في (٣٨) مفردة موزعة على جانبين :

أ- الجانب الخاص بالاتجاهات نحو المرض النفسي : ويقصد به المعرفة بأسباب المرض النفسي البيئية الشخصية وطرق علاج المرض النفسي وفرص الشفاء من المرض النفسي ، وعدد عباراته (١٨) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد كما يلي :

* اسباب المرض النفسي : وعدد عباراته (١٠) هي (١،٢،٣،٤،٥،٦،٧،٨،٩،١٠).

* طرق علاج المرض النفسي : وعدد عباراته (٥) هي (١٧،١٨،١٩،٢٠،٢١).

* الشفاء من المرض النفسي : وعدد عباراته (٣) هي (٢٢،٢٣،٢٤).

ب - الجانب الخاص بالاتجاهات نحو المريض النفسي : ويقصد به إدراك صورة المريض النفسي والمشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي ، وعدد عباراته (٢٠) موزعة على بعدين كما يلي :

* صورة المريض النفسي : وعدد عباراته (٦) هي (١١،١٢،١٣،١٤،١٥،١٦).

* المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي : وعدد عباراته (١٤) هي (٢٥،٢٦،٢٧،٢٨،٢٩،٣٠،٣١،٣٢،٣٣،٣٤،٣٥،٣٦،٣٧،٣٨). (انظر المقياس

في الملاحق).

- يشكر الباحث كل من الدكاترة : عابد محمد النفيعي ، سعيد بن مانع القحطاني ، عبد المنان معصور بار. عبد الرحيم الجفري ، محمد جعفر جمل الليل ، نبيل السيد حسن ، على مساعدتهم وآرائهم القيمة في تحسين المقياس وبنائه ، كما يشكر طلاب الدراسات العليا في مادة بناء الاستفتاء الذين ساهموا بآرائهم ومقترحاتهم القيمة في هذا الخصوص .

* الخصائص السيكومترية لمقياس الاتجاهات الحالي :

راعى الباحث المؤشرات العلمية السيكومترية اللازمة لاستخدام نتائج المقياس والضرورية لتعميم استخدامه في دراسات لاحقة إن شاء الله ، وفيما يلي تفصيل هذه المؤشرات المستمدة من عينة الدراسة الحالية :

١٠ ثبات المقياس :

للحصول على مؤشرات الثبات أستخدمت ثلاثة طرق هي :

١- التناسق الداخلي لكامل المقياس بطريقة الفا Alpha : ظهر ثبات جيد للمقياس الكلي يساوي (٠,٧٦) وهو معامل ثبات مقنع في العلوم الإنسانية وعال إذا احتكم لعدد فقرات المقياس البالغ (٣٨) فقرة ، فكما هو معروف (أن هناك علاقة بين عدد المفردات ومعامل الثبات) (الصيرفي : ١٤٠٨ هـ : ٨٠) .

٢- التناسق الداخلي لأبعاد المقياس بطريقة الفا Alpha : دلت قيم الثبات لكل بُعد في المقياس على مؤشرات ثبات معتدلة خاصة إذا احتكم لعدد فقرات الأبعاد المحدود كما يظهر في جدول رقم (٥) :

جدول رقم (٥) يوضح ثبات الفا كرونباخ لأبعاد مقياس الاتجاهات حيث $N=205$

البعد	عدد الفقرات	معامل ثبات ألفا
أسباب المرض النفسي	١٠	٠,٣٣
صورة المريض النفسي	٦	٠,٥١
طرق علاج المرض النفسي	٥	٠,٤٧
الشفاء من المرض النفسي	٣	٠,٠٧
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	١٤	٠,٧٤
المقياس الكلي	٣٨	٠,٧٦

٣- ثبات التجزئة النصفية بطريقة ألفا Alpha : ظهر ثبات جيد بين عبارات المقياس الفردية والزوجية يساوي (٠,٤٨)، وبعد تصحيحه لكامل المقياس بمعامل سيرمان وبراون بلغ (٠,٦٥) وهو معامل ثبات مقنع في العلوم الإنسانية ، وجيد إذا علمنا أن

عينة التقنين التي اقتضتها الدراسة كبيرة ($n=205$) وغير متماثلة وتفاوتت مستويات صعوبة المفردات لديها باختلاف خصائصها .

ب- صدق المقياس :

استخرجت مؤشرات الصدق من عينة الدراسة الحالية بثلاثة طرق :

١- الصدق المنطقي : وحصلت فقرات المقياس على نسبة اتفاق بين المحكمين تتراوح بين (٨٣٪-١٠٠٪) .

٢- صدق المحتوى : وأشارت دلالات ارتباط بيرسون Person على اشتراك جميع تفاصيل المقياس على قياس نفس الاتجاه ، وتحددت مؤشرات الصدق في التالي :

• صدق ارتباط الفقرات بالمقياس الكلي : ظهر ارتباط جميع الفقرات مع المجموع الكلي ارتباطاً موجباً ذو دلالة حيث $n=205$ ، عدا فقرتين (١٩،١٠) أظهرت ارتباطاً حدياً وفقرتين فقط (٣١،٤) غير مرتبطة. انظر معاملات الارتباط في جدول رقم (٢١) الملحق بمقياس الاتجاهات) .

• صدق ارتباط الفقرات مع أبعادها : وظهر ارتباط جميع الفقرات مع أبعادها ارتباطاً إيجابياً ذو دلالة عدا الفقرتين (٣١،٤) اتضح عدم ارتباطها بأبعادها. (انظر معاملات الارتباط في جدول رقم (٢٢) الملحق بمقياس الاتجاهات) .

• صدق ارتباط الأبعاد بالمقياس الكلي : وظهر ارتباط جميع الأبعاد بالمقياس الكلي عند مستوى دلالة قوي أقل من ($> 0,000$) كما هو مبين في جدول رقم (٦) :

جدول رقم (٦) يبين علاقة ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الاتجاهات والمجموع الكلي

البعد	معامل الارتباط بالمجموع الكلي	دلالة الارتباط
اسباب المرض النفسي	٠,٥١	***
صورة المريض النفسي	٠,٦٧	***
طرق علاج المرض النفسي	٠,٤١	***
الشفاء من المرض النفسي	٠,٥٨	***
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٠,٨٦	***

*** تعنى الارتباطات دالة احصائياً عند مستوى أقل $> 0,000$

• صدق الارتباط المتبادل بين الأبعاد : وجاءت أغلب الارتباطات الداخلية بين أبعاد المقياس دالة إحصائية ، ورغم عدم ارتباط بعض الأبعاد ببعضها كما يظهر في مصفوفة الارتباط إلا أنه لا ينفي صدقها في ظل ارتباطها القوي بالمقياس الكلي، وقد يرجع ذلك لانخفاض عدد فقرات هذه الأبعاد ، والجدول التالي يوضح معاملات الارتباط المتبادل بين الأبعاد :

جدول رقم (٧) يبين مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الاتجاهات

البعد	البعد	البعد	البعد	البعد	تدرج الأبعاد المتبادلة
الخامس	الرابع	الثالث	الثاني	الأول	
**٠,٢٠	**٠,٢٠	* ٠,١٦	٠,٠٩	١,٠٠	أسباب المرض النفسي
***٠,٥٠	***٠,٣٧	**٠,٢١	١,٠٠		صورة المريض النفسي
٠,١٣	٠,٠٦	١,٠٠			طرق علاج المرض النفسي
***٠,٤٧	١,٠٠				الشفاء من المرض النفسي
١,٠٠					المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي
*** دالة إحصائياً عند > ٠,٠٠٠ ** دالة إحصائية عند > ٠,٠٠ * دالة إحصائية عند > ٠,٠					

٣- صدق وحدة المقياس : وذلك بحساب مساهمة مفردات المقياس في تعزيز الصدق عند استبعاد المفردة باستخدام معامل الفا Alpha وقد اتضح أن جميع المفردات تساهم بصورة متقاربة في تعزيز صدق وحدة المقياس. (انظر جدول (٢٣) الملحق بمقياس الاتجاهات).

* ميزان تصحيح مقياس الاتجاهات في الدراسة الحالية :

عند بناء مقياس الاتجاهات اتبع الباحث الطرق الفنية لتحاشي التأثيرات النفسية التي ترد أثناء التطبيق، وصاغ المقياس في مفردات موجبة وسالبة ، وبلغت المفردات الموجبة (١٨) مفردة والمفردات السالبة (٢٠) مفردة على نحو تسلسل فقرات المقياس التالي :

١٩	١٨	١٥	١٣	٩	٨	٧	٦	٥	أرقام المفردات الموجبة (ن=١٨)							
						٣٧	٣٥	٣٤	٣٣	٣٢	٣١	٢٩	٢٢	٢٠		

أرقام المفردات السالبة (ن=٢٠)															١	٢	٣	٤	١٠	١١	١٢	١٤	١٦
١٧	٢١	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٣٠	٣٦	٣٨													

وعكس مدرج الإجابة الاختيار بين خمسة بدائل على طريقة ليكرت ، تمتد بين الدرجة (١) أقصى درجات المعارضة والدرجة (٥) أقصى درجات الموافقة للمفردات الموجبة، وبالعكس في المفردات السالبة حيث تعتبر الدرجة (١) أقصى درجات الموافقة والدرجة (٥) أقصى درجات المعارضة ، كما يظهر أدناه :

ميزان تقدير استجابات المفردات الموجبة				
٥	٤	٣	٢	١
موافق جداً	موافق	بين وبين	غير موافق	غير موافق اطلاقاً
١	٢	٣	٤	٥
ميزان تقدير استجابات المفردات السالبة				

ثانياً : مقياس المسؤولية الشخصية الاجتماعية :

أعد هذا المقياس (الحارثي : ١٩٩٥م) هو مقياس حديث لقياس التصرفات السلوكية للمسؤولية الشخصية الاجتماعية، ويعتبر أداة للميل السلوكي ودرجة الأفراد في المسؤولية ضمن المواقف المختلفة .

وهدف معد المقياس بناء مقياس حديث يتجاوب مع الطبيعة الثقافية والأطر المرجعية والتغيرات المستجدة في المجتمع السعودي، لعدم توفير مقاييس علمية مقننة على البيئة السعودية للمسؤولية ، والمتوفر منها قديم لا ينسجم مع حاجة المجتمع السعودي لإضافات علمية رصينة لتقدير المسؤولية خاصة وأن هناك ملاحظات صحفية تخمينية تشير إلى انخفاض مستوى المسؤولية ، إضافة إلى حاجة طلبة الدراسات العليا لهذه الأدوات العلمية لتقدير تحمل أفراد المجتمع السعودي للمسؤولية والمساهمة في الحفاظ على ثمار الجهود المضنية التي بذلت في خطط التنمية السعودية الخمسية في السنوات الماضية .

وبنيت فقرات النسخة المبدئية للمقياس من مراجعة أدبيات تراث المسؤولية الإسلامية والمقاييس العربية والأجنبية الرائدة ، وأفادت هذه النسخة من تعليقات (٥٠) دارس للمقياس والتقويم في برنامج مخصص للدراسات العليا ساهموا في تحديد معنى المسؤولية وتقديم مرئياتهم على النسخة المبدئية، وبعد إعداد الصورة الأولية

للمقياس نوقشت بنوده مع (١١) محكماً من أساتذة علم النفس بجامعة أم القرى والعديد من المختصين خارجها، لتستقر على (٩٢) فقرة حذف منها (٢٢) ليتكون المقياس النهائي من (٧٠) فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي :

١- المسؤولية الشخصية : ويقصد بها شعور الشخص ووعيه لمسئوليته نحو ذاته وأسرته المباشرين فقط ، وخصص لـه (١٣) فقرة هي: (٨، ١١، ١٤، ١٦، ٢٥، ٥٢، ٥٥، ٥٦، ٥٧، ٦٠، ٦٥، ٦٦، ٦٧) .

٢- المسؤولية الأخلاقية : ويقصد بها الضمير وشعور الشخص بقيمه وسلوكه المسئول نحو المبادئ الأخلاقية الإسلامية والإنسانية وخصص له (١٥) فقرة هي: (٥، ٩، ١٠، ١٥، ١٩، ٢٦، ٢٧، ٣١، ٣٤، ٣٥، ٣٨، ٣٩، ٤٦، ٥١، ٦٩) .

٣- المسؤولية الوطنية : ويقصد بها غيرة الشخص وإحساسه والتزامه الخلقي والسلوكي نحو وطنه وسمعته ومكانته وخصص له (١٥) فقرة هي: (١٧، ٢١، ٢٢، ٢٤، ٣٣، ٣٦، ٤١، ٤٧، ٥٠، ٥٨، ٦١، ٦٢، ٦٤، ٦٨، ٧٠) .

٤- مسؤولية الفرد نحو أفراد مجتمعه وقضاياهم : ويقصد به الإحساس بالمسؤولية نحو أفراد المجتمع وقضاياهم التربوية والاجتماعية والتفاعل معها ومع الروابط الاجتماعية وخصص له (١٣) فقره هي: (٢، ٣، ٤، ٦، ٢٠، ٢٨، ٢٩، ٣٢، ٤٢، ٤٩، ٥٤، ٥٩، ٦٣) .

٥- المسؤولية نحو البيئة والنظام : ويقصد به إحساس الأفراد ووعيهم وممارستهم لمسئوليتهم نحو البيئة الخاصة والعامة والصحة العامة والنظافة وخصص له (١٤) فقرة هي: (١، ٧، ١٢، ١٣، ١٨، ٢٣، ٣٠، ٣٧، ٤٠، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٨، ٥٣) (انظر المقياس في الملاحق) . وراعي معد المقياس عند التقنين اختيار عينة عشوائية كبيرة ممثلة للحصول على المؤشرات السيكومترية بلغت (٥٢٢) حالة بعد استبعاد (٧٨) حالة غير صالحة للتحليل النهائي ، وشملت (أطباء ، معلمين ، عسكريين ، موظفين ، تجار ، طلبة ، متقاعدين ..) من مدينة (الطائف ومكة المكرمة وجدة) وترواحت أعمارهم بين (١٧-٥٨) عام بمتوسط عمري بلغ (٢٩،٧٥) عام وإنحراف معياري قدرة (٧،٩٤) .

وجاءت المؤشرات السيكومترية اللازمة لتعميم استخدام المقياس وتحديد صلاحيته مشيرة إلى ثبات وصدق عالي شجع الباحث على تطبيقه في دراسته ، وحصل معد المقياس على الثبات بثلاثة طرق هي :

١- التناسق الداخلي لكامل المقياس بطريقة الفا Alpha : وبلغ معامل الثبات (٠,٨٨) .

٢- التناسق الداخلي لأبعاد المقياس بطريقة ألفا Alpha : وترواحت قيم الثبات لكل بُعد في المقياس بين (٠,٥٢ - ٠,٧١) وهي معاملات ثبات جيدة .

٣- ثبات التجزئة النصفية للمقياس بطريقة بيرسون Person : وظهر ثبات عالي للمقياس بين عباراته الفردية والزوجية قدره (٠,٧٥) عند مستوى دلالة أقل من (> ٠,٠٠٠) .

كما حصل معد المقياس على مؤشرات الصدق بعدة طرق هي:

١- صدق المحتوى : فأشارت دلالات الارتباط الإحصائية على اشتراك جميع تفاصيل المقياس على قياس نفس السمة ، فجاءت ارتباطات بيرسون Person بين الفقرات والمجموع الكلي والفقرات وأبعادها جميعها إيجابية ودالة عند مستوى أقل من (> ٠,٠٠٠) حيث العينة (ن = ٥٢٢) ، وجاءت ارتباطات الأبعاد بالمقياس الكلي والارتباطات المتبادلة بين الأبعاد أيضاً إيجابية ودالة إحصائياً عند مستويات عالية أقل من (> ٠,٠٠٠) .

٢- صدق معاملات تمييز الفقرات باستخدام اختبار T . Test بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لكل فقرة من فقرات المقياس السبعين : وظهر أن التباينات دالة على صدق جميع الفقرات لقياس ما وضعت لأجلة عدا الفقرتين رقم (٦٥ ، ٤٤) في المقياس لم توضح دلالات تمييز إحصائية .

٣- صدق المحكات : وظهر صدق مقياس المسؤولية في قياس نفس التضمينات الثقافية التي تقيسها مقاييس أخرى ، فقد طبق معد المقياس على نفس عينته مقياس مراقبة الذات الذي سبق أن عربيه وقتنه على البيئة العربية عام ١٩٩١م عن مقياس سنايدر (Snyder 1974) وهو مقياس يلتقي نظرياً مع مفهوم المسؤولية الاجتماعية حيث

ترجم الدرجة المرتفعة من ضبط الذات اتساق الشخصية وانسجام سلوك الأفراد مع مبادئهم وقيمهم التي يحملونها ، وعند إجراء ارتباط بيرسون بين أبعاد المسؤولية ومراقبة الذات ، ظهرت علاقة ارتباط موجبة ودالة إحصائية بين بُعد المسؤولية الأخلاقية ومراقبة الذات ولم تظهر مع بقية الأبعاد الأخرى ، كون هذا البعد ومراقبة الذات يشتركان في نفس المضامين الثقافية وهي المبادئ والقيم الأخلاقية .

* الخصائص السيكومترية لمقياس المسؤولية في الدراسة الحالية :

طبق الباحث مقياس المسؤولية الشخصية الاجتماعية على عينة دراسته دون أي تعديلات، واستخرج مؤشرات الثبات والصدق، ووردت على النحو التالي :

أ- ثبات المقياس :

- للحصول على مؤشرات الثبات من عينة الدراسة الحالية استخدمت ثلاثة طرق هي :
- ١- التناسق الداخلي لكامل المقياس بطريقة ألفا Alpha: وظهر ثبات مرتفع للمقياس الكلي يساوي (٠,٨٨) وهو معامل ثبات مقنع جداً في العلوم الإنسانية .
 - ٢- التناسق الداخلي لأبعاد المقياس بطريقة ألفا Alpha: ودلت قيم الثبات لكل بعد في المقياس على مؤشرات ثبات جيدة، كما يظهر في جدول رقم (٨) :

جدول رقم (٨) يبين ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس المسؤولية حيث $N = 205$

البعد	عدد الفقرات	معامل ثبات ألفا
المسؤولية الشخصية	١٣	٠,٦٥
المسؤولية الأخلاقية	١٥	٠,٦٠
المسؤولية الوطنية	١٥	٠,٦٩
المسؤولية عن أفراد المجتمع وقضاياهم	١٣	٠,٤٩
المسؤولية نحو البيئة والنظام	١٤	٠,٧٨
المقياس الكلي	٧٠	٠,٨٨

٣- ثبات التجزئة النصفية بطريقة ألفا Alpha: وظهر ثبات جيد بين عبارات المقياس الفردية والزوجية يساوي (٠,٧١) وبعد تصحيحه لكامل المقياس بمعامل سيرمان وبروان بلغ (٠,٨٣) وهو معامل ثبات عالٍ، ومقنع جداً في العلوم الإنسانية .

ب- صدق المقياس :

إضافة إلى مؤشرات الصدق التي استخدمها (الحارثي : ١٩٩٥ م) استخرج الباحث مؤشرات صدق المحتوى لتفاصيل المقياس بطريقة بيرسون Pearson، وصدق وحدة المقياس بمعامل ألفا Alpha وجاءت على النحو التالي :

١- صدق ارتباط الفقرات بالمقياس الكلي : وظهر ارتباط جميع الفقرات مع المجموع الكلي ارتباطاً إيجابياً ذو دلالة حيث $N = 205$ ، عدا الفقرات (٢٥,٦,٢) أظهرت ارتباطاً موجباً حدياً ، أما الفقرات (٣٣,٢٨,٢٦) فلم يظهر ارتباطها، وعكست الفقرة (٢٨) علاقة سالبة بالمقياس. انظر معاملات الارتباط جدول (٢٤) الملحق بمقياس المسؤولية) .

٢- صدق ارتباط الفقرات مع أبعادها: وظهر ارتباط جميع الفقرات مع أبعادها ارتباطاً إيجابياً ذو دلالة. انظر معاملات الارتباط في جدول (٢٤) الملحق بمقياس المسؤولية) .

٣- صدق ارتباط الأبعاد بالمقياس الكلي : وظهر ارتباط جميع الأبعاد بالمقياس الكلي عند مستوى دلالة قوي أقل من ($0,000 >$) كما يظهر في جدول رقم (٩) :

جدول رقم (٩) يبين علاقات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس المسؤولية والمجموع الكلي

البعد	معامل الارتباط بالمجموع الكلي	دلالات الارتباط
المسؤولية الشخصية	٠,٥٦	***
المسؤولية الاخلاقية	٠,٨١	***
المسؤولية الوطنية	٠,٨٥	***
المسؤولية عن أفراد المجتمع وقضاياهم	٠,٧٣	***
المسؤولية نحو البيئة والنظام	٠,٨٢	***
*** تعني الارتباطات دالة إحصائياً عند مستوى أقل $0,000 >$		

٤- صدق الارتباط المتبادل بين الأبعاد : وجاءت جميع الارتباطات الداخلية بين أبعاد المقياس دالة احصائية عند مستوى قوي أقل من ($> 0,000$) ، عدا علاقة المسؤولية الشخصية بالمسؤولية نحو البيئة والنظام كانت ذات دلالة إرتباطية أقل من ($> 0,0$) وهو الشئ المنطقي الذي يؤكد جودة المقياس كون المسؤولية الشخصية الخاصة والمسؤولية نحو البيئة والنظام يوجدان على قطبين متضادين على متصل المسؤولية، كما يظهر في الجدول رقم (١٠) :

جدول رقم (١٠) يبين مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس المسؤولية					
تدرج الأبعاد المتبادلة	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	البعد الخامس
المسؤولية الشخصية	١,٠٠	***٠,٣٧	***٠,٣٨	***٠,٣٤	*٠,١٦
المسؤولية الاخلاقية		١,٠٠	***٠,٦٠	***٠,٤٩	***٠,٦١
المسؤولية الوطنية			١,٠٠	***٠,٥٠	***٠,٦٩
المسؤولية عن أفراد المجتمع وقضاياهم				١,٠٠	***٠,٥٤
المسؤولية نحو البيئة والنظام					١,٠٠
*** دالة إحصائية عند $> 0,000$ * دالة إحصائية عند $> 0,0$					

٥- صدق وحدة المقياس : وذلك بحساب مساهمة مفردات المقياس في تعزيز صدق المقياس عند إستبعاد المفردة باستخدام معامل ألفا Alpha ، واتضح أن أغلب المفردات تساهم بصورة فعالة في تعزيز صدق المقياس ، وظهر أن جميع المفردات تساهم بصورة متقاربة في زيادة معامل ألفا، وتؤكد رؤية الباحث في الإبقاء على الفترتين (٦٥،٤٤) دون تعديل. (انظر مساهمة المفردات في تعزيز معامل ألفا في جدول (٢٥) الملحق بمقياس المسؤولية) .

* ميزان تصحيح مقياس المسئولية :

جرى تصحيح مفردات مقياس المسئولية على غرار ما وضعه معد المقياس، ورؤعي فروق التصحيح بين المفردات الموجبة والسالبة التي وضعت لتحاشي المسايرة والتأثيرات النفسية المختلفة التي ترد في حالة التطبيق، وبلغ عدد المفردات الموجبة (٤٤) مفردة والمفردات السالبة (٢٦) مفردة على نحو تسلسل فقرات المقياس التالي:

أرقام المفردات الموجبة (ن=٤٤)														
١٤	١٣	١٢	١٠	٩	٧	٤	٣	٢	١	٢٠	١٩	١٨	١٧	١٥
٤٠	٣٨	٣٧	٣٢	٣١	٣٠	٢٤	٢٣	٢٢	٢١	٤٤	٤٣	٤٢	٤١	
٦٢	٥٩	٥٨	٥٤	٥٣	٥١	٥٠	٤٩	٤٨	٤٧	٤٥	٦٨	٦٥	٦٤	٦٣

أرقام المفردات السالبة (ن=٢٦)														
٢٩	٢٨	٢٧	٢٦	٢٥	١٦	١١	٨	٦	٥	٣٩	٣٦	٣٥	٣٤	٣٣
٦٩	٦٧	٦٦	٦١	٦٠	٥٧	٥٦	٥٥	٥٢	٤٦					
														٧٠

وعكس مدرج الإجابة الاختيار بين ثلاثة بدائل ، فقدرت استجابات المفردات الموجبة بالدرجات التالية (يحدث غالباً = ٣ درجات، يحدث أحياناً = درجتين ، نادراً ما يحدث = الدرجة ١) ، وقدرت درجات العبارات السالبة بالعكس على النحو التالي (يحدث غالباً = الدرجة ١ ، يحدث أحياناً = درجتين ، نادراً ما يحدث = ٣ درجات) .

ثالثاً : استمارة البيانات الأولية :

وهي أداة أعدها الباحث تؤدي مهمة بحثية محددة، وتحدد جدواها في استخلاص المتغيرات الديموجرافية المستهدفة في الدراسة وهي المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المستوى العمري .

*إجراءات التطبيق :

بعد تحديد مجال الدراسة المكاني بمستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة ، وبعد تحديد مجتمع الدراسة البشري في العاملين مع المرضى وذوي المرضى النفسيين الموظفين من الذكور ، وبعد تحديد الفترة الزمنية للتطبيق في الفصل الدراسي الجامعي الأول لعام ١٤١٧ هـ، تم إجراء الخطوات التالية :

- ١- تم القيام بزيارة أولية لمستشفى الصحة النفسية بجدة لتحديد مبدئي لمجتمع الدراسة والأوقات المناسبة لإجراء التطبيق والمواقع التي يتواجد فيه أفراد العينة، والفرص المتاحة الميسرة للتطبيق ، ولم يكن هناك حاجة لمثل هذه الزيارة لمستشفى الصحة النفسية بالطائف بحكم عمل الباحث كأخصائي اجتماعي وأحد أعضاء الفريق المعالج بمستشفى الصحة النفسية بالطائف .
- ٢- تم مكاتبة المستشفيات التي ستجري فيها التطبيق ، وتم الحصول على الإذن اللازم لتطبيق أدوات الدراسة.(انظر الخطابات في الملاحق) .
- ٣- تم تطبيق أدوات الدراسة على عينات البحث بعد التنسيق المسبق مع رؤساء الخدمة الاجتماعية وبعض رؤساء الأقسام الفنية لتطبيق أدوات الدراسة على منسوبيهم فردياً وإمامهم بشروط التطبيق ، كما تم الاستعانة بأعضاء الفريق المعالج في الحصول على عينات ذوي المرضى وقام الباحث بالتطبيق المباشر على أكثر الحالات واستعان في مدينة جدة والطائف بالمختصين في الأدوات النفسية لرفع العائد المتاح من الحالات .
- ٤- ظهرت بعض الصعوبات أثناء التطبيق مثل ظهور الضيق على أفراد عينة ذوي المرضى راجع لعدم رغبتهم البقاء طويلاً في المستشفى، وبعضهم لم يكمل الاستجابة على الأدوات ، كما تم التحصل على حالات لا تنطبق عليها شروط العينة ، وجرى استبعاد الاستجابات غير المكتملة التي لم تفي بشروط العينة .

الأساليب الإحصائية لمعالجة النتائج :

تم استخدام ثلاثة أساليب إحصائية لمعالجة أدوات الدراسة هي :

- ١- معامل ألفا Alpha: وهذه الصورة الخاصة لتقدير الثبات عندما تكون درجات المقياس المستخدمة على هيئة مقياس فئوي ، واقترحه كرونباخ عام ١٩٥١م، (ويقدر عن طريق متوسط معاملات الارتباطات الداخلية بين مفردات المقياس وعدد المفردات المكونة له). (الصيرفي : ١٤٠٨ هـ : ٧٦) .
 - ٢- معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation Coefficient : وهو الصورة الأكثر شيوعاً لتحديد العلاقة بين متغيرين ووجهتها، (وتعتمد معادلته على حاصل ضرب الفروق عن وسط حسابي لمتغيرين). (عمران : ١٩٨٨م : ٢٣٨)
 - ٣- معامل سبيرمان وبراون Spearman & Brown Coefficient : (ويستخدم لتصحيح معامل ثبات التجزئة النصفية الذي يعطي ثبات نصف الاختبار وبواسطة هذا المعامل يتم الحصول على ثبات الاختبار ككل). (أبو حطب : ١٩٨٢م : ٨٨) .
- كما استخدمت الأساليب الإحصائية التالية لاختبار فروض الدراسة وهي :
- ١- المتوسط الحسابي Mean ، والانحراف المعياري Standard Deviation، والرسوم البيانية لاختبار الفرضين الأول والثاني .
 - ٢- اختبار (ت) T.Test لدلالة الفروق بين متوسطي مجموعتين ، لاختبار الفرض الثالث والرابع والخامس والسادس والتاسع .
 - ٣- ارتباط بيرسون بين متغيرين Pearson Correlation لاختبار الفرض السابع والثامن .

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

❖ عرض نتائج الدراسة وتفسيرها .

* عرض نتائج الدراسة وتفسيرها :

الفرض الأول :

(يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى

العاملين في مستشفيات الصحة النفسية).

وللتحقق من الفرض استخدم الباحث المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

لاتجاهات العاملين مع المرضى ($n = 125$) لتحديد تركيز وتشتت استجابات العاملين

على القطب الموجب أو السالب لمقياس الاتجاهات العام نحو المرض والمريض النفسي .

وحدد الباحث أولاً : نقطة الحياد الفرضية على مقياس الاتجاهات العام الفاصلة

بين القطب الموجب والسالب ، حيث وجد من مراجعة ميزان تصحيح فقرات المقياس

أن عدد الفقرات يبلغ (٣٨) فقرة وأعلى درجة للفقرة يبلغ (٥ درجات) فعليه تكون

قمة الاتجاه الموجب تساوي ($5 \times 38 = 190$) درجة ، كما أن أدنى درجة للفقرة يبلغ

(درجة واحدة) فعليه تكون نقطة الاتجاه السالب الدنيا تساوي ($1 \times 38 = 38$)

درجة ، وأما الدرجة الوسطية للفقرة فتبلغ (٣ درجات) وعليه تكون نقطة الحياد

الفرضية المتوسطة بين القطب الموجب والسالب تساوي ($3 \times 38 = 114$) درجة ،

فما يزيد عنها يمثل اتجاه موجب وما يقل عنها يمثل اتجاه سالب .

ثم قارن الباحث ثانياً : المتوسط الحسابي الذي تنزع اتجاهات عينة العاملين

للتركز عليه والبالغ (١٤٣,٧٥) درجة المينة في الجدول أدناه مع نقطة الحياد

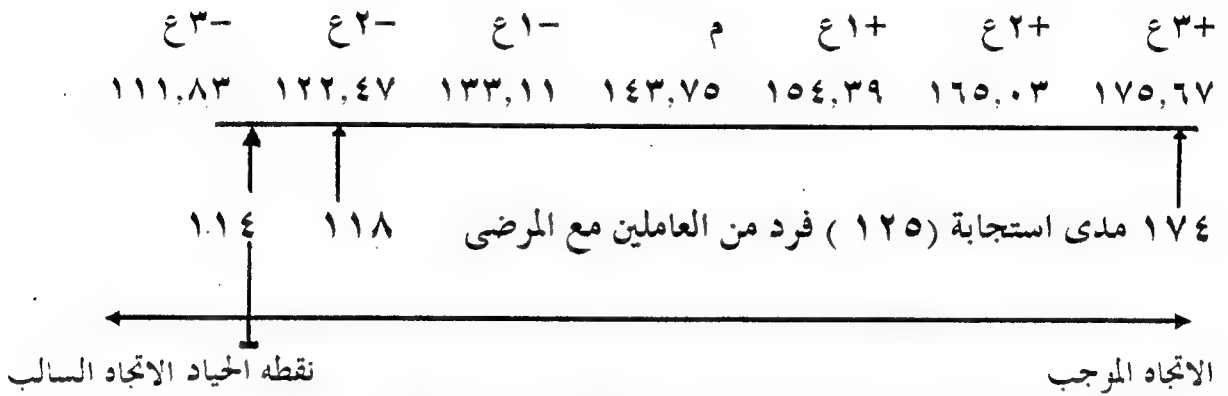
(١١٤) درجة ، واتضح زيادة المتوسط عن درجة الحياد ، بمعنى أن اتجاهات عينة

العاملين تتركز على قطب مقياس الاتجاهات الموجب، وبذلك يتحقق الفرض الأول مبدئياً .

جدول رقم (١١) يوضح البيانات الوصفية الإحصائية للعاملين مع المرضى على مقياس الاتجاهات العام

البيانات الإحصائية	الخصائص	البيانات الإحصائية	الخصائص
١١٨	أقل استجابة لأفراد العينة	١٢٥	عدد أفراد العينة
١٧٤	أعلى استجابة لأفراد العينة	١٤٣,٧٥	المتوسط الحسابي
٥٦	المدى	١٠,٦٣٩	الانحراف المعياري

ولا اكتمال فحص الفرض استخلص الباحث ثالثاً : البيانات الوصفية الإحصائية لاتجاهات العاملين مع المرضى الميمنة في الجدول رقم (١١) لمعرفة تشتت استجابات العاملين الممثلة بالرسم البياني باستخدام وحدات الانحراف المعياري عن المتوسط، لتقسيم استجابات العينة إلى مسافات متساوية تمثل متصل يمكن عليه تحديد نقطة الحياد ومدى انتشار استجابات العينة ، كما يظهر في الشكل رقم (١) .



شكل رقم (١) يوضح تشتت اتجاهات العاملين على مقياس الاتجاهات العام

ومن الشكل يتضح أن نقطة الحياد (١١٤) درجة تقع متطرفة عن مركز التجمع على أقصى إنحراف معياري (-٣E)، وتشتت جميع استجابات العينة (N=125) على قطب الاتجاهات الموجب ضمن مدى (٥) قيم إنحرافية تزيد عن نقطة الحياد ، ولا ينتشر على قطب الاتجاهات السالب أي استجابات لأفراد العينة أبداً. وبذلك يمكن القول أن اتجاهات العاملين مع المرض تشتت كلياً في الواجهة الإيجابية وهو ما يحقق الفرض الأول كلياً .

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Keatings:1985) التي وجدت اتجاهات أكثر إيجابية في المناطق التي ترتفع فيها نسبة مرضى الفصام ، وتدلل هذه النتيجة على توفر اتجاهات إيجابية قائمة في المؤسسة الطبية كوحدات اجتماعية تسهل علاج ومساندة المريض النفسي ، وتعنى هذه النتيجة على ضوء دراسة (Mehr:1971) إن هذه الاتجاهات ترتبط بدور المساعدة المتوقع من هؤلاء العاملين ، وعلى ضوء

دراسة (Bentz:1970 , Frazier:1975) تكونت هذه الاتجاهات الإيجابية نتيجة تأثير إدارات هذه المؤسسات على اتجاهات بقية العاملين فيها، وأيضاً تأثير الدورات التدريبية المباشر في تعديل اتجاهات العاملين، حيث تعقد في مستشفى الصحة النفسية بالطائف سنوياً دورات تدريبية للمرضى والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين من عموم المملكة لتعريفهم بالأمراض النفسية وأسبابها وطرق علاجها وتأهيلها أيضاً .

الفرض الثاني :

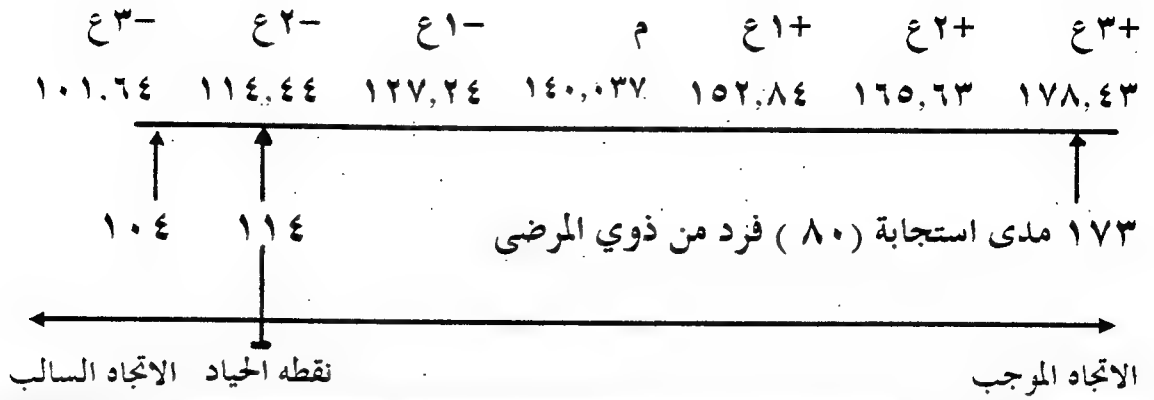
(يوجد اتجاه عام سلبي نحو المرض والمريض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين). وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاتجاهات ذوي المرضى (ن = ٨٠) لتحديد تركيز وتشتت استجابات ذوي المرضى على القطب الموجب أو السالب لمقياس الاتجاهات العام نحو المرض والمريض النفسي .

وبعد أن حدد الباحث نقطة الحياد الفرضية على مقياس الاتجاهات العام الفاصلة بين القطب الموجب والسالب على غرار ما جرى في الفرض الأول والبالغة (١١٤) درجة، عمل على مقارنة المتوسط الحسابي الذي تنزع اتجاهات عينة ذوي المرضى للتركز عليه والبالغ (١٤٠,٠٤) درجة بنقطة الحياد ، واتضح زيادة المتوسط عن درجة الحياد، بمعنى أن اتجاهات عينة ذوي المرضى تتركز على قطب مقياس الاتجاهات الموجب ، وبذلك ينتفي الفرض الثاني مبدئياً ، ويرى الباحث سبب التحسن في اتجاهات ذوي المرضى المذكور راجع لزيادة إهتمام المعالجين بمقابلة ذوي المرضى والاتصال بهم وتعريفهم باضطرابات مرضاهم وكيفية التعامل معهم وتعريفهم بأسباب المرض النفسي وكيفية علاجه .

جدول رقم (١٢) يوضح البيانات الوصفية الإحصائية لذوي المرضى على مقياس الاتجاهات العام

الخصائص	البيانات الإحصائية	الخصائص	البيانات الإحصائية
عدد أفراد العينة	٨٠	أقل استجابة لأفراد العينة	١٠٤
المتوسط الحسابي	١٤٠,٠٤	أعلى استجابة لأفراد العينة	١٧٣
الانحراف المعياري	١٢,٧٩٩	المدى	٦٩

ولاكتمال فحص الفرض استخلص الباحث البيانات الوصفية الإحصائية لاتجاهات ذوي المرضى المبينة في الجدول رقم (١٢) لمعرفة تشتت استجابات ذوي المرضى المختلفة الممثلة بالرسم البياني ، باستخدام وحدات الانحراف المعياري عن المتوسط الحسابي لتقسيم استجابات العينة إلى مسافات متساوية تمثل متصل يمكن عليه تحديد نقطة الحياد ومدى انتشار استجابات العينة كما سيظهر في الشكل رقم (٢) .



شكل رقم (٢) يوضح تشتت اتجاهات ذوي المرضى على مقياس الاتجاهات العام

ومن الشكل يتضح أن نقطة الحياد (١١٤) درجة تقع متطرفة عن مركز التجمع على انحراف معياري (ع٣-) ، وتشتت أغلب استجابات العينة (ن = ٨٠) على قطب الاتجاهات الموجب ضمن مدى (٥) قيم انحرافية تزيد عن نقطة الحياد ، ولا يقل عن نقطة الحياد على قطب الاتجاهات السالب سوى قيمة انحرافية (واحدة فقط) عند (ع٣-)، وبذلك يمكن القول أن اتجاهات ذوي المرضى تميل لتشتت نسبياً في الواجهة الإيجابية وهو ما ينفي الفرض الثاني نسبياً .

وهذه النتيجة تختلف مع نتيجة دراسة (خليفة ١٩٨٤م) التي وجدت اتجاهات سلبية شائعة لدى ذوي المرضى والجمهور العام ، ويمكن تفسير تناقض نتيجة هذا الفرض مع دراسة خليفة لسببين: أحدهما اختلاف البيئة فدراسة خليفة تمت في البيئة المصرية وهذه الدراسة تمت في البيئة السعودية ، ومن المعروف خضوع الاتجاهات للنسبية والاختلاف بين الثقافات ، أما السبب الثاني فهو اختلاف الفترات الزمنية لتطبيق الدارستين ، واثناء هذه الفترة الزمنية الفاصلة ترايد عناية برامج الإعلام والصحافة بتصحيح الأفكار الخاطئة عن المرض النفسي وتعديل الصورة القائمة عن المريض النفسي .

كما تختلف هذه النتيجة مع دراسة (شقير ١٩٩٤م) التي وجدت اتجاهات سلبية سائدة لدى الطالبات الإناث ، في حين كشفت الدراسة الحالية أن اتجاهات ذوي المرضى الذكور إيجابية ، ويرى الباحث سبب المفارقات في اتجاهات الجنسين راجع لكثافة زيارات طلبة المدارس والجامعات للمستشفيات النفسية في حين لا توجد زيارات كافية للطالبات الإناث لتعديل الأفكار الخاطئة لديهن .

الفرض الثالث :

(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى).
للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) T.Test لمعرفة دلالات فروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة العاملين مع المرضى (ن = ١٢٥) ومجموعة ذوي المرضى (ن = ٨٠) والجدول رقم (١٣) يبين نتيجة ذلك :

جدول رقم (١٣) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالاتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة العاملين مع المرضى ومجموعة ذوي المرضى

المتغير	العاملون مع المرضى ن = ١٢٥		ذوي المرضى ن = ٨٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
أسباب المرض النفسي	٣٧,٦٩	٣,٣٦	٣٧,٠٦	٣,٨٨	١,٢٢	غير دال
صورة المرض النفسي	٢٢,٦٩	٣,٠٣	٢٢,٤١	٢,٨٧	٠,٦٥	غير دال
طرق علاج المرض النفسي	٢٠,٤٣	٢,٥٣	١٩,٥٩	٢,٦٨	٢,٢٨	٠,٠٥
فرص الشفاء من المرض النفسي	١١,٦٢	١,٥٩	١١,١٧	١,٨٠	١,٨٤	غير دال
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٥١,٣٣	٦,٥٠	٤٩,٨٠	٦,٩٦	١,٦٠	غير دال
الاتجاه العام نحو المرض والمريض النفسي	١٤٣,٧٥	١٠,٦٤	١٤٠,٠٤	١٢,٨٠	٢,٢٥	٠,٠٥

من الجدول يتضح أن هناك فروق دالة إحصائية بين متوسط الاتجاه العام لدى العاملين مع المرضى عن متوسط الاتجاه العام لدى ذوي المرضى لصالح مجموعة العاملين عند مستوى دلالة (> ٠,٠٥)، وتوضح هذه الفروق بوجه خاص في طرق علاج المرض النفسي حيث متوسط هذا المفهوم لدى العاملين مع المرضى أفضل من متوسط ذوي المرضى عند مستوى دلالة (> ٠,٠٥) ، وبذلك يمكن نفي الفرض الثالث .

ويلاحظ أن المجالات التي لم توضح دلالات إحصائية تظهر فروق معنوية لصالح العاملين فمتوسطاتهم أفضل من متوسطات ذوي المرضى ، وتعتبر نتائج هذا الفرض منطقية فما دامت اتجاهات العاملين وذوي المرض إيجابية فلا بد أن يتميز العاملين عنهم بتحسّن نوعي في جميع المجالات وعلى وجه الخصوص طرق علاج المرض النفسي لأنهم يمارسونها في عملهم المباشر .

الفرض الرابع :

(لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض

والمريض النفسي بين الأكثر تعليماً والأقل تعليماً) .

يختبر هذا الفرض أثر متغير التعليم في ظهور فروقات في الاتجاهات نحو المرض

والمريض النفسي، لذا صنف الباحث أفراد العينة الكلية ($n = 205$) إلى مجموعتين

متفاوتتين في المستوى التعليمي هما :

١- مجموعة الأقل تعليماً : وتحتوي الأميين ، ومن يستطيع القراءة والكتابة ،

والحاصلين على تعليم متدني ابتدائي أو متوسط ، وبلغت (٦٤) فرد .

٢- مجموعة الأكثر تعليماً : وتحتوي الحاصلين على تعليم ثانوي ، وجامعي ، ودراسات

عليا وبلغت (١٤١) فرد. والجدول رقم (١٤) يوضح ذلك :

جدول رقم (١٤) يوضح أعداد مجموعة الأقل تعليماً ومجموعة الأكثر تعليماً ونسبتهم للعينة الكلية ($n = 205$)

المجموعة	المستوى التعليمي	عدد الأفراد	نسبتهم	المجموع	نسبتهم
الأقل تعليماً	أمي	١٠	٤,٩ %	٦٤	٣١,٣ %
	يقرأ ويكتب	١١	٥,٤ %		
	ابتدائي	١٧	٨,٣ %		
	متوسط	٢٦	١٢,٧ %		
الأكثر تعليماً	ثانوي	٨٣	٤٠,٤ %	١٤١	٦٨,٧ %
	جامعي	٤٠	١٩,٥ %		
	دراسات عليا	١٨	٨,٨ %		
المجموع		٢٠٥	١٠٠ %	٢٠٥	١٠٠ %

ومن الجدول يتضح أن المجموعتين غير مرتبطتين ويمثلان مجتمعين مختلفين، كما أن أعداد كل مجموعة كبير تحوى نسباً مختلفة من المستويات التعليمية يجعلها أكثر ميلاً للتوزيع الاعتدالي، مما يعزز الركون إلى استخدام اختبار (ت) T.Test للتحقق من الفرض الرابع لمعرفة دلالات فروق متوسطات الاتجاهات بين الأقل تعليماً والأكثر تعليماً، والجدول رقم (١٥) يبين نتيجة ذلك :

جدول رقم (١٥) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالاتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة الأقل تعليماً ومجموعة الأكثر تعليماً

المتغير	الأقل تعليماً ن = ٦٤		الأكثر تعليماً ن = ١٤١		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
أسباب المرض النفسي	٣٦,٨١	٣,٧٢	٣٧,٧٣	٣,٤٨	١,٧١-	غير دال
صورة المريض النفسي	٢١,٧٢	٣,١٦	٢٢,٩٧	٢,٨٠	٢,٨٥-	٠,٠١
طرق علاج المرض النفسي	١٩,٩٥	٢,٩٥	٢٠,١٧	٢,٤٦	٠,٥٥-	غير دال
فرص الشفاء من المرض النفسي	١٠,٩٧	١,٧٥	١١,٦٦	١,٦١	٢,٧٧-	٠,٠١
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٤٨,٨٦	٧,٠٢	٥١,٥٨	٦,٤٠	٢,٧٤-	٠,٠١
الاتجاه العام نحو المرض والمريض النفسي	١٣٨,٣١	١٢,٦٣	١٤٤,١١	١٠,٧٣	٣,٣٩-	٠,٠٠١

من الجدول يتضح أن هناك فروق دالة إحصائياً بين متوسط الاتجاه العام لدى الأكثر تعليماً عن متوسط الاتجاه العام لدى الأقل تعليماً لصالح مجموعة الأكثر تعليماً عند مستوى دلالة ثقة عالية (> 0.001)، وتحدد هذه الفروق بوجه خاص في ثلاثة أبعاد دالة إحصائياً عند (> 0.01) أولها : متوسط الصورة المدركة عنه المريض النفسي لدى الأكثر تعليماً أفضل من متوسط الأقل تعليماً ، وثانيها : متوسط مفهوم فرص الشفاء من المرض النفسي لدى الأكثر تعليماً أفضل من متوسط الأقل تعليماً ، وثالثها : متوسط المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي لدى الأكثر تعليماً أفضل من الأقل تعليماً ، وبذلك يمكن نفي الفرض الرابع . ويلاحظ أن قيمة (ت) مشيرة إلى أن مصدر هذه الفروقات هو انخفاض وليس تحسن على درجات مقياس الاتجاهات راجع لوجود هذه الفروقات في جانب التوزيع الاعتدالي السالب عن المتوسط ، وحين تنخفض وجهة فروق المتوسطات نحو درجات المقياس السالبة فإنها تميل إلى نقطة الحياد (١١٤) الدالة على استجابة الشك وعدم القين (بين وبين) وذلك يشير إلى عدم وضوح الاتجاه أو فقدانها لدى مجموعات العينة الذي يتأثر مباشرة بعمليات التعلم، ويمكننا القول أن الفقد في عناصر الاتجاه موجود لدى المجموعتين وبالذات مع الأقل تعليماً في جميع أبعاد المقياس .

وتأسيساً على ما سبق يرى الباحث أن الأقل تعليماً لا يزالون غير قادرين على تحديد صورة واضحة عن المريض النفسي الوظيفي، وماهي فرص شفاء وتحسن المريض النفسي الوظيفي، وكيف يعاملون المريض النفسي الوظيفي، لعدم وضوحها وتيقنهم منها مما يتطلب برامج توعية وتثقيف حول هذه الجوانب والعناية بالعلاج العائلي للأقل تعليماً بوجه خاص .

الفرض الخامس :

لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض

والمريض النفسي بين المتزوجين وغير المتزوجين)

يختبر هذا الفرض أثر متغير الحالة الإجتماعية في ظهور فروقات في الاتجاهات

نحو المرض والمريض النفسي ، لذا استخدم الباحث اختبار (ت) T.Test لمعرفة دلالات

فروق المتوسطات بين مجموعة المتزوجين (ن = ١٥٦) ومجموعة غير المتزوجين

(ن=٤٩) ، والجدول رقم (١٦) يبين نتيجة ذلك :

جدول (١٦) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالاتها لفروق
متوسطات الاتجاهات بين مجموعة المتزوجين ومجموعة غير المتزوجين

المتغير	المتزوجين ن = ١٥٦		غير المتزوجين ن = ٤٩		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
أسباب المرض النفسي	٣٧,٤١	٣,٦١	٣٧,٥٥	٣,٥٠	-٠,٢٤	غير دال
صورة المريض النفسي	٢٢,٤٦	٣,٠٣	٢٢,٩٦	٢,٧٥	-١,٠٢	غير دال
طرق علاج المرض النفسي	٢٠,١٢	٢,٦١	٢٠,٠٤	٢,٦٧	٠,١٩	غير دال
فرض الشفاء من المرض النفسي	١١,٣٨	١,٧١	١١,٦٣	١,٦٠	-٠,٩٠	غير دال
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٥٠,٣٩	٦,٥٩	٥١,٨٢	٧,٠٢	-١,٣٠	غير دال
الاتجاه العام نحو المرض والمريض النفسي	١٤١,٧٧	١١,٧٢	١٤٤,٠٠	١١,٣٤	-١,١٧	غير دال

من الجدول السابق يتضح أنه لا توجد فروقات دالة إحصائية بين متوسطات مجموعة المتزوجين وغير المتزوجين سواء في الاتجاه العام أو أبعاده، وبذلك يتحقق الفرض الخامس .

ويلاحظ أن متوسط الاتجاه العام لغير المتزوجين (١٤٤,٠٠) أفضل من متوسط المتزوجين (١٤١,٧٧) مما يدل على وجود فروق معنوية لم تصل لدرجة الدلالة الإحصائية .

وجاءت متوسطات مفاهيم أسباب المرض النفسي وفرص الشفاء من المرض النفسي والصورة المدركة للمريض النفسي والمشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي لدى غير المتزوجين أفضل من المتزوجين متسقة مع متوسط الاتجاه العام ، عدا مفهوم طرق علاج المرض النفسي خرج عن النسق العام فجاء متوسط المتزوجين (٢٠,١٢) أفضل من متوسط غير المتزوجين (٢٠,٠٤) وجاءت قيمة (ت) موجبة مشيرة لتحسن الفروقات على درجات مقياس الاتجاه لمفهوم طرق علاج المرض النفسي .

الفرض السادس :

(لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض

والمريض النفسي باختلاف المستوى العمري).

يختبر هذا الفرض أثر متغير العمر في ظهور فروقات الاتجاهات نحو المرض

والمريض النفسي، لذا قسم الباحث المدى العمري للعينة الكلية (ن = ٢٠٥) الممتد

بين (٢٠-٦٧) عام إلى مجموعتين عمريتين، معتمداً على سن (٤٠) عام كحد فاصل بين

المجموعتين ، للحصول على جيلين مختلفين من الذكور البالغين كل منهما يمثل مرحلة

ثقافية وحضارية مغايرة مرت على المملكة العربية السعودية قبل وبعد العشرين عاماً

الماضية ، وتم استخدام اختبار (ت) T.Test لمعرفة دلالات فروق متوسطات الاتجاهات

بين الأقل عمراً من (٢٠-٣٩) عام ومجموعة الأكثر عمراً من (٤٠-٦٧) عام

والجدول رقم (١٧) يوضح نتيجة ذلك :

جدول (١٧) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالاتها لفروق

متوسطات الاتجاهات بين مجموعة الأقل عمراً ومجموعة الأكثر عمراً

المتغير	الأقل عمراً ن = ١٥٠		الأكثر عمراً ن = ٥٥		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
أسباب المرض النفسي	٣٧,٦٨	٣,٤٢	٣٦,٨٠	٣,٩٢	١,٥٧	غير دال
صورة المريض النفسي	٢٢,٧٣	٢,٨١	٢٢,١٨	٣,٣٥	١,١٧	غير دال
طرق علاج المرض النفسي	٢٠,١٦	٢,٥٨	١٩,٩٥	٢,٧٤	٠,٥٢	غير دال
فرص الشفاء من المرض النفسي	١١,٥١	١,٦٥	١١,٢٧	١,٧٧	٠,٨٨	غير دال
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٥٠,٧٣	٦,٤٣	٥٠,٧٢	٧,٤٧	٠,٠١	غير دال
الاتجاه العام نحو المرض والمريض النفسي	١٤٢,٨١	١٠,٥٣	١٤٠,٩٣	١٤,٢٦	١,٠٢	غير دال

من الجدول السابق يتضح أنه لا توجد فروقات دالة إحصائية بين متوسطات مجموعة الأقل عمراً ومجموعة الأكثر عمراً سواء في الاتجاه العام أو أبعاده ، وبذلك يتحقق الفرض السادس .

ويلاحظ أن متوسط الاتجاه العام للأقل عمراً (١٤٢,٨١) أفضل من متوسط الأكثر عمراً (١٤٠,٩٣) مما يدل على وجود فروق معنوية لم تصل لدرجة الدلالة الإحصائية، وجاءت دلالات الفروق شبه معدومة بين الأقل عمراً والأكثر عمراً في طرق علاج المرض النفسي وحدود الشفاء من المرض النفسي والمشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي ، وظهر الفرق واضحاً في أسباب المرض النفسي وصورة المريض النفسي فجاءت متوسطاتها لدى الأقل عمراً أفضل من متوسطات الأكثر عمراً وقد يرجع تحسن هذين المفهومين لدى الشباب لزيادة وعيهم وإرتقاء مستوياتهم التعليمية أو معاشتهم للعوامل المسببة للمرض النفسي وآثارها على المصابين به .

الفرض السابع :

(لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو

المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة)

وهذا الفرض يختبر علاقة متغير الاتجاهات نحو المرض النفسي بمتغير المسئولية،

ومتغير الاتجاهات هذا يمثل الاتجاهات الفكرية والمعلوماتية عن المرض النفسي فقط

ويشمل بُعد أسباب المرض النفسي وبُعد طرق علاج المرض النفسي وبُعد الشفاء من

المرض النفسي .

ولفحص الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون Pearson لاختبار طبيعة

العلاقة الافتراضية لدى مجموعة العاملين مع المرضى (ن = ١٢٥) ومجموعة ذوي

المرضى (ن = ٨٠)، والجدول رقم (١٨) يبين نتيجة ذلك :

جدول رقم (١٨) يبين معاملات ارتباط بيرسون بين متغير الاتجاهات نحو المرض النفسي ومتغير المسئولية لدى مجموعات الدراسة

المتغير المسئولية / متغير الاتجاهات	المجال الأول	المجال الثاني	المجال الثالث	المجال الرابع	المجال الخامس	الميل العام للمسئولية
الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى العاملين مع المرضى ن = ١٢٥	٠,١٤٧	٠,١١٠	٠,١٩٤	٠,١٢٧	٠,١١٤	٠,١٨٥
دلالة الارتباط	غير دال	غير دال	٠,٠٥	غير دال	غير دال	٠,٠٥
الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى ن = ٨٠	٠,٢٦٧	٠,١٨٤	٠,١٥٧	٠,٢١١	٠,١٠٨	٠,٢٣٥
دلالة الارتباط	٠,٠٥	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	٠,٠٥

من الجدول يتضح أنه يوجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين الاتجاهات نحو المرض

النفسي والميل العام للمسئولية لدى العاملين مع المرض عند مستوى ثقة (>٠,٠٥)،

وتحددت هذه العلاقة بوجه خاص مع المجال الثالث للمسئولية وهي المسئولية الوطنية عند مستوى دلالة ($0,05$)، كما اتضح أنه يوجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والميل العام للمسئولية لدى ذوي المرضى عند مستوى ثقة ($0,05$)، وتحددت هذه العلاقة بوجه خاص مع المجال الأول للمسئولية وهو المسئولية الشخصية عند مستوى دلالة ($0,05$)، وبذلك ينتفي الفرض السابع كلياً ويمكن القول أنه (توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة) وتعني هذه النتيجة أن تحسن المعرفة بأسباب وطرق علاج وفرص الشفاء من المرض النفسي يقترن بارتفاع مستوى المسئولية الاجتماعية بصفة عامة لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية، ويقترن بصفة خاصة لدى ذوي المرضى بارتفاع مستوى المسئولية الشخصية.

وتؤكد هذه النتيجة صدق أدوات الدراسة في معرفة التضمينات الثقافية المشتركة فالعاملون الذين يحملون مسئولية وطنية تتحسن اتجاهاتهم ومعارفهم عن المرض النفسي وذوي المرضى الذين يحملون مسئولية شخصية عن ذاتهم وأسرهم يطورون معارفهم واتجاهاتهم عن المرض النفسي .

الفرض التاسع :

(لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المسؤولية الشخصية

الاجتماعية بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى) .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) T.Test لمعرفة

دلالات فروق متوسطات سلوك المسؤولية بين مجموعة العاملين مع المرضى (ن = ١٢٥)

ومجموعة ذوي المرضى (ن = ٨٠) والجدول رقم (٢٠) يبين نتيجة ذلك :

جدول (٢٠) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالاتها لفروق متوسطات المسؤولية بين مجموعة العاملين مع المرضى ومجموعة ذوي المرضى

المتغير	العاملين مع المرضى ن = ١٢٥		ذوي المرضى ن = ٨٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
المسؤولية الشخصية	٣١,٢٠	٣,٨٣	٢٩,٨٤	٣,٥٧	٢,٥٥	٠,٠٥
المسؤولية الأخلاقية	٣٥,٨٣	٤,٠٥	٣٤,١٦	٤,٠٣	٢,٨٨	٠,٠١
المسؤولية الوطنية	٣٥,٩٠	٤,٤٥	٣٤,٤٠	٤,٦٦	٢,٣١	٠,٠٥
المسؤولية عن أفراد المجتمع وقضاياه	٣١,٨٥	٢,٨٧	٣٠,٦٧	٣,٦٩	٢,٥٥	٠,٠٥
المسؤولية نحو البيئة والنظام	٣٣,٥٧	٤,٦٨	٣١,٧١	٥,١٧	٢,٦٦	٠,٠١
الميل العام للمسؤولية	١٦٨,٣٥	١٥,٠١	١٦٠,٧٩	١٦,٠٥	٣,٤٣	٠,٠٠١

من الجدول يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط المسؤولية العام لدى العاملين مع المرضى عن متوسط المسؤولية لدى ذوي المرضى وتسير هذه الفروق لصالح العاملين مع المرضى عند مستوى دلالة ثقة عالية ($> 0,001$)، وتحددت هذه الفروق في جميع أبعاد المسؤولية متسقة مع الميل العام على النحو التالي : أولاً : متوسط المسؤولية الشخصية لدى العاملين مع المرض أفضل من متوسط ذوي المرضى عند مستوى دلالة ($> 0,05$) ، ثانياً : متوسط المسؤولية الأخلاقية لدى العاملين مع المرضى

أفضل من متوسط ذوي المرضى عند مستوى دلالة عالي ($> 0,01$) ثالثاً : متوسط المسؤولية الوطنية لدى العاملين مع المرضى أفضل من متوسط ذوي المرضى عند مستوى دلالة ($> 0,05$) ، رابعاً : متوسط المسؤولية عن المجتمع وعن قضاياها لدى العاملين مع المرضى أفضل من ذوي المرضى عند مستوى دلالة ($> 0,05$) ، خامساً : متوسط المسؤولية نحو البيئة والنظام لدى العاملين مع المرضى أفضل من متوسط ذوي المرضى عند مستوى دلالة عالي ($> 0,01$) ، وبذلك ينتهي الفرض التاسع.

وتتسق هذه النتيجة مع دراسة (Fisher 1971 , Hobfoll :1981) التي أوضحت أن أهم مميزات المتطوعين لخدمة المرضى تتمثل في وجود سلوك المسؤولية لديهم .

الفصل الخامس

خلاصة الدراسة

- ❖ خلاصة نتائج الدراسة .
- ❖ التوصيات .
- ❖ توصيات عامة .
- ❖ دراسات وبحوث مقترحة .

* خلاصة نتائج الدراسة :

من اختبار فروض الدراسة والتعرف على نتائجها وتفسيرها تم التوصل إلى النتائج التالية:

- ١- يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية .
- ٢- يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين الذهانيين الموظفين .
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى النفسيين الموظفين ، في طرق علاج المرض النفسي فقط عند مستوى دلالة (0.05) لصالح العاملين مع المرضى .
- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين الأكثر تعليماً والأقل تعليماً من أفراد العينة الكلية ، عند مستوى دلالة (0.001) لصالح الأكثر تعليماً .
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين المتزوجين وغير المتزوجين من أفراد العينة الكلية .
- ٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين الأكثر عمراً والأقل عمراً من أفراد العينة الكلية .
- ٧- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة عند مستوى دلالة (0.05) .
- ٨- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى العاملين مع المرضى عند مستوى دلالة (0.01) ، ولا توجد دلالة إحصائية لهذه العلاقة لدى ذوي المرضى .
- ٩- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المسئولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى النفسيين الموظفين عند مستوى دلالة (0.001) لصالح العاملين مع المرضى .

*التوصيات :

- ١- أوضحت الدراسة أن الاتجاهات موجبة لدى العاملين مع المرضى وذوي المرض، ولم يتميز العاملون مع المرضى سوى في طرق علاج المرضى النفسي بحكم عملهم في المستشفيات النفسية ، ويقترح الباحث أن تشمل الدورات والمقررات التعليمية المعدة لمن يعمل في الميدان النفسي على اتجاهات الصورة المدركة عن المريض النفسي والمشاعر والسلوكيات نحو المريض ليتكامل العلاج الطبي مع مساعي التأهيل الاجتماعي.
- ٢- أوضحت نتائج الدراسة أثر التعليم في تحسن الاتجاهات الموجبة نحو المرض والمريض النفسي، لذا يقترح الباحث وضع برامج توعية وتثقيف مركزة معدة للفئات الأقل تعليماً عن أسباب المرض النفسي وطرق علاجه وفرص الشفاء منه وتحسين الإدراكات والمشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي وذلك يحقق السعي لطلب العلاج وزيادة مفهوم تحمل المريض النفسي .
- ٣- أوضحت الدراسة ارتباط الاتجاهات الموجبة نحو المرض والمريض النفسي مع المسؤولية لدى العاملين مع المرضى وظهرت فروقات المسؤولية لصالح العاملين مع المرضى مقارنة بذوي المرض، الأمر الذي يستدعي تدعيم المسؤولية لدى العاملين لإبقاء هذا التحسن الموجب، وتدعيم المسؤولية لدى ذوي المرضى لإزالة هذه الفروقات وتشجيعهم على تحمل مسئوليتهم نحو مرضاهم .

*توصيات عامة :

- ١- يوصي الباحث على تنشيط دور الأخصائي النفسي للقيام بالعلاج العائلي لمعرفة الضغوط القائمة في بيئة المريض النفسي ويعمل على تخفيفها ، وبصفته قادر على تمييز الفئات المرضية سيكون قادراً على تحديد أسباب الانتكاسات ويعمل على حلها وسيكون قادراً على التوجيه الملائم لكيفية التعامل مع المريض النفسي حسب فئته المرضية .
- ٢- يوصي الباحث على تنشيط دور الأخصائي الاجتماعي للمشاركة في التوجيه من أسباب المرض النفسي من خلال تقديم محاضرات عن أسباب المرض

النفسي تقدم في الجهات والمؤسسات المجتمعية ، وأيضاً قيامه بالاتصال بالجهات العلمية والمؤسسات المجتمعية لزيادة الزيارات للمستشفيات النفسية ومن خلالها يجري العمل على تحسين اتجاهاتهم نحو المرض والمريض النفسي وتعريفهم بدور المستشفيات كمقرات للعلاج وليست للإيواء .

٣- يوصي الباحث على إجراء تنسيق مع مؤسسات الرعاية الاجتماعية اللاحقة لاحتضان الحالات المتحسنة التي لايتوفر لدى ذويهم اتجاهات تحمل المريض النفسي، أو تتمكن بيئتهم الاجتماعية من رعايتهم بالشكل الصحيح .

٤- يوصي الباحث بإجراء تحليل شامل للمقررات المقدمة للفئات العاملة في الميدان النفسي لمعرفة صلاحية محتواها لأهداف العمل التطبيقي، وربما تمتد هذه التوصية لبقية المقررات النفسية فقد وجد (القحطاني : ١٩٩٤ م) عدم وجود علاقة بين الدراسة المنظمة لمواد علم النفس واتجاهات طلاب وطالبات الجامعات نحو علم النفس، وأيضاً وجد اتجاهات تفضيلية سالبة نحو المهن النفسية مقارنة بالمهن الأخرى .

* الدراسات والبحوث المقترحة :

- ١- القيام بدراسة مماثلة للدراسة الحالية في مناطق أخرى من المملكة العربية السعودية أو علي عينة جديدة من الإناث ، ومن خلال استخدام نتائج الدراسة الحالية كفروض جديدة يتم مقارنتها بالنتائج المتحصلة من الدراسات اللاحقة سيتوفر معرفة أثر متغير الاختلاف الحضاري والجنسي .
- ٢- القيام بدراسة مشابهة للدراسة الحالية على عينات جديدة من الجمهور العام أو ذوي المرضى لأنواع مرضية أخرى ، وذلك سيحقق الحصول على تراكم من النتائج التي يمكن تعميمها لمختلف الفئات المرضية .
- ٣- متابعة الدراسات المطبقة على ذوي المرضى لمعرفة خصائصهم الشخصية أو أساليب المعاملة الوالدية لديهم أو مستوى التدين أو المسؤولية لديهم ، وذلك سيحقق معرفة أفضل منهم للسببية المرضية .
- ٤- بناء مقياس متدرج لمستويات الخطورة المحتملة من المريض النفسي الموجهة نحو الذات أو الأسرة أو المجتمع يستعين بها الأخصائيون النفسيون والإجتماعيون في عملهم المباشر.
- ٥- إجراء دراسة للاتجاهات نحو الخدمات النفسية ومدى الرغبة في الاستفادة منها، خاصة خدمات الإرشاد النفسي في المدارس الثانوية .
- ٦- دراسة علاقة المسؤولية بالنضج الانفعالي لدى المراهقين .
- ٧- دراسة العوامل المؤدية لكثرة الانتكاسات المرضية وتكرار التنويم داخل المستشفيات .

المراجع

❖ المراجع العربية .

❖ المراجع الأجنبية .

المراجع العربية

١- القرآن الكريم

٢- إبراهيم، أنيس وآخرون (١٣٩٣هـ) المعجم الوسيط ، الجزء ١ ، دار إحياء التراث العربي : القاهرة .

٣- إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٨هـ) علم النفس الأكلينيكي ، دار المريخ للنشر: الرياض .

٤- أبوحطب ، فؤاد وآخرون (١٩٨٢م) التقويم النفسي ، مكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة .

٥- أبو النيل ، محمود السيد (١٩٨٥م) علم النفس الاجتماعي ، الجزء الأول، دار النهضة العربية : بيروت .

٦- إسماعيل، عزت سيد (بدون) اكتئاب النفس، وكالة المطبوعات: الكويت .

٧- أمير خان ، محمد حمزة (١٩٨٨م) اتجاهات طلاب وطالبات التمريض نحو مهنة التمريض في المملكة العربية السعودية، رسالة الخليج ، العدد ٢٧ ، مكتب التربية العربي لدول الخليج : الرياض .

٨- أنسكو ، أ.وآخرون (١٩٩٣م) علم النفس الاجتماعي التجريبي، مترجم، جامعة الملك سعود ، عمادة شئون المكتبات : الرياض

٩- البادي، محمد محمد (١٩٨٠م) العلاقات العامة والمسئولية الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

١٠- الحارثي، زايد عجير (١٩٩٢م) بناء الاستفتاء وقياس الاتجاهات، دار الفنون للطباعة والنشر : جدة .

- ١١- الحارثي ، زايد عجير (١٩٩٣م) اتجاهات الشباب السعودي نحو علم النفس ،
المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد ٤ ، مكتبة
الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- ١٢- ————— (١٩٩٥م) بناء مقياس المسؤولية الشخصية الاجتماعية
في المجتمع السعودي ، جامعة قطر : مركز
البحوث التربوية : الدوحة .
- ١٣- حسين ، محمود عطا (١٩٨٣م) دراسة مقارنة في العادات والاتجاهات
الدراسية بين المتفوقين والعاديين
والمتأخرين دراسياً ، رسالة الخليج ، العدد
العاشر ، مكتب التربية العربي لدول الخليج : الرياض .
- ١٤- حمزة ، مختار (١٩٨٢م) أسس علم النفس الاجتماعي ، دار اليان
العربي : جدة .
- ١٥- حنين ، رشدي عبده (١٩٨٦م) الفصام والمحيط الأسري ، الكتاب السنوي لعلم
النفس ، المجلد الخامس مكتبة الأنجلو : القاهرة .
- ١٦- خليفة ، عبد اللطيف (١٩٨١م) سيكلولوجية الاتجاهات ، دار غريب للطباعة
والنشر : القاهرة .
- ١٧- ————— (١٩٨٩م) المعتقدات والاتجاهات نحو المرض
النفسي ، مجلة علم النفس ، العدد ١١ ، الهيئة
المصرية للكتاب : القاهرة .
- ١٨- ————— (١٩٨٩م) المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي
وعلاقتها بمركز التحكم ، مجلة علم النفس ،
العدد ١٢ ، الهيئة المصرية للكتاب : القاهرة .
- ١٩- خير الله ، سيد (١٩٨١م) تأثير المعلومات التربوية والممارسات التعليمية
على الاتجاهات النفسية للمعلمين والمعلمات ،
بحوث نفسيه وتربوية ، دار النهضة : بيروت .

- ٢٠- دافيدوف ، لنـدال ل. (١٩٨٣م) مدخل علم النفس، دار المريخ للنشر : الرياض
- ٢١- الدليم ، فهد عبد الله (١٩٩٣م) أسباب بقاء المرضى في المستشفيات، بحوث ودراسات مستشفى الصحة النفسية بالطائف، الجزء الثاني .
- ٢٢- ————— (١٩٩٣م) أهمية المتابعة الميدانية للمرضى بعد خروجهم من المستشفى، بحوث ودراسات مستشفى الصحة النفسية بالطائف، مرجع سابق .
- ٢٣- رزوق ، أسعد (١٩٨٧م) موسوعة علم النفس ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر : بيروت .
- ٢٤- زهران ، حامد عبد السلام (١٩٨٤م) علم النفس الاجتماعي ، عالم الكتب : القاهرة .
- ٢٥- زيعـور ، علي (١٩٨٦م) أحاديث نفسانية ومبسطات في التحليل النفسي والصحة العقلية، دار الطليعة: بيروت
- ٢٦- السجستاني ، أبو داود (١٩٦٨م) سنن أبو داود بشرح عون المعبود، الجزء ٥، المكتبة السلفية : المدينة المنورة .
- ٢٧- سلامة، أحمد وأخرون (١٩٧٢م) علم النفس الاجتماعي ، دار النهضة المصرية : القاهرة .
- ٢٨- سـويـف ، مصطفى (١٩٨٣م) مقدمة لعلم النفس الاجتماعي ، مكتبة الأنجلو : القاهرة .
- ٢٩- سـويـن ، ريتشارد (١٩٨٨م) علم الأمراض النفسية والعقلية ، مترجم ، مكتبة الفلاح : الكويت .
- ٣٠- شقير ، زينب محمد (١٩٩٤م) المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية والجامعية، مجلة علم النفس، العدد ٣٠ ، الهيئة المصرية للكتاب : القاهرة .
- ٣١- الشيخ ، سليمان الخضيرى (١٩٧٨م) مقدمة في الاتجاهات ، دراسات نفسية في الشخصية العربية ، عالم الكتب : القاهرة .

٣٢- الصغير ، محمد عبد الله (١٩٩٤م) النظرة الاجتماعية للإصابة بالعين الحاسدة ودور ذلك في طلب العلاج النفسي ، ملخص دراسة أقيمت في ندوة الطب النفسي والعلاج الشعبي تحت إشراف مستشفى الصحة النفسية بجدة يوم السبت ١٤١٥/٦/٩ هـ .

٣٣- الصيرفي ، عبد الله عبد الغني (١٤٠٨هـ) مقياس مركز أبحاث مكافحة الجريمة لمفهوم الذات للشباب ، مركز أبحاث مكافحة الجريمة : الرياض .

٣٤- طاهر ، ميسرة (١٩٩٠م) أساليب المعاملة الوالدية وبعض جوانب الشخصية ، سلسلة بحوث نفسية وتربوية ، دار الهدي للنشر والتوزيع : الرياض .

٣٥- عامر ، أحمد محمد (١٩٨٨م) مقدمة في علم النفس الاجتماعي ودراسات المسلمين ، دار الشروق : جدة .

٣٦- عبد الخالق ، أحمد (١٩٨٢م) الاتجاهات نحو المرض العقلي لدى عينة من طالبات علم النفس ، بحوث في السلوك والشخصية ، المجلد الثاني ، دار المعارف : القاهرة .

٣٧- ————— (١٩٨٢م) العلاقة بين بُعد الشخصية الانبساطية والعصابية والاتجاه نحو المرض العقلي لدى طالبات التمريض ، بحوث في السلوك والشخصية ، المجلد الثاني ، مرجع سابق .

- ٣٨- عبد الخالق ، أحمد (١٩٨٢م) العلاقة بين الاتجاه نحو المرض العقلي
وشخصية طالبات علم النفس ، بحوث في السلوك
والشخصية ، المجلد الثاني، مرجع سابق .
- ٣٩- عبيدات، ذوقان وآخرون (١٩٨٧م) البحث العلمي - مفهومه وأدواته وأساليبه، دار
الفكر للنشر والتوزيع: عمان .
- ٤٠- عثمان، سيد أحمد (١٩٧٣م) المسؤولية الاجتماعية ، دراسة نفسية اجتماعية ،
مكتبة الأنجلو المصرية : القاهرة .
- ٤١- عزت ، دري حسن (١٩٨٦م) الطب النفسي ، دار القلم للنشر والتوزيع : الكويت .
- ٤٢- عسكر ، عبد الله (١٩٨٨م) الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص ، مكتبة
الأنجلو المصرية: القاهرة .
- ٤٣- عكاشة ، أحمد (١٩٩٢م) الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الأنجلو
المصرية : القاهرة .
- ٤٤- عكاظ ، جريدة (١٩٩٥م) تحقيق صحفي عن العلاج النفسي بالمراكز
الصحية ، العدد ١٠٤٨٥ ، المملكة العربية السعودية .
- ٤٥- عمران ، محمد إسماعيل وآخرون (١٩٨٨م) مبادئ القياس والتقويم في البيئة الإسلامية،
مكتبة الطالب الجامعي ، مكة المكرمة .
- ٤٦- عيسوي ، عبد الرحمن (١٩٧٤م) دراسات في علم النفس الاجتماعي ، دار النهضة
العربية : بيروت .
- ٤٧- _____ (١٩٩٢م) في الصحة النفسية والعقلية ، دار النهضة العربية:
بيروت .

- ٤٨- عيسى، مغاورى عبد الحميد (١٩٨١ م). دراسة العلاقة بين المسؤولية الاجتماعية وبعض جوانب التوافق الشخصي والاجتماعي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس ، كلية التربية .
- ٤٩- الغريب ، رمزية (١٩٨١ م) التقويم والقياس النفسي والتربوي ، مكتبة الأنجلو المصرية : القاهرة .
- ٥٠- غريب ، غريب عبد الفتاح (١٩٩٣ م) موضوعات مختارة في علم النفس الاجتماعي، مكتبة النهضة العربية : القاهرة .
- ٥١- فرح ، عماد وديع وآخرون (١٩٩٣ م) العوامل المتعلقة بانقطاع المرضى النفسيين عن مراجعة العيادات الخارجية ، دراسات مستشفى الصحة النفسية بالطائف ، مرجع سابق .
- ٥٢- القحطاني ، محمد مرعي (١٩٩٤ م) الاتجاهات نحو علم النفس لدى طلاب بعض الجامعات السعودية ، دراسة ماجستير ، جامعة أم القرى ، قسم علم النفس .
- ٥٣- كاشدان ، شيلدون (١٩٨٨ م) علم نفس الشواذ ، مترجم ، دار الشروق ، القاهرة .
- ٥٤- كفاي ، علاء الدين (١٩٩٤ م) الاتجاهات نحو المرض النفسي عند الطلبة القطريين ، جامعة قطر ، مركز البحوث التربوية : الدوحة .
- ٥٥- كمال ، علي (١٩٨٧ م) فصام العقل والشيذوفرنيا ، دار واسط للنشر : لندن .
- ٥٦- الكندري ، أحمد مبارك (١٩٩٢ م) علم النفس الاجتماعي والحياة المعاصرة، مكتبة الفلاح: الكويت .

- ٥٧- كولـــــز ١٠ م. (١٩٩٢ م) المدخل إلى علم النفس المرضي الأكلينيكي، مترجم ، دار المعرفة الجامعية : الأسكندرية .
- ٥٨- لامبرت ، وليم وآخرون (١٩٨٩ م) علم النفس الاجتماعي ، مترجم ، دار الشروق : القاهرة.
- ٥٩- ليســـــتر ، ج (بـــــدون) الحالة الإجتماعية والعوارض السلبية لدى المرضى المزمنين ، دراسة كندية في الطب الاجتماعي ، مجلة الثقافة النفسية ، العدد ٢ ، دار النهضة العربية : بيروت .
- ٦٠- متولي ، عباس إبراهيم (١٩٩٠ م) المسؤولية الاجتماعية وعلاقتها بالقيم لدى شباب الجامعة ، بحوث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر ، الجزء الثاني ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية : القاهرة .
- ٦١- محمد ، يوسف عبد الفتاح (١٩٩٤ م) الاضطرابات الوجدانية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالاتجاه نحو المرض النفسي لدى عينة من الجنسين بدولة الإمارات المتحدة، المجلة العربية للعلوم الإنسانية العدد ١٢ ، جامعة الكويت .
- ٦٢- موسى ، رشاد علي (١٤١٥ هـ) اتجاه عينة من طلبة وطالبات الجامعة نحو العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية، مجلة التقويم والقياس النفسي والتربوي، العدد ٤ ، تصدر عن جماعة القياس والتقويم التربوي الفلسطينية بالتعاون مع جامعة الأزهر .
- ٦٣- نور ، محمد عبد المنعم (١٩٨٣ م) الطب والمجتمع ، دراسة في الاجتماع الطبي ، دار اللواء للنشر والتوزيع : الرياض .
- ٦٤- نخبة من منسوبي مستشفى الصحة النفسية بالطائف (بـــــدون) المبادئ الأساسية في التمريض النفسي، إصدارات مستشفى الصحة النفسية بالطائف .
- ٦٥- ياسين ، عطوف محمود (١٩٨٨ م) أسس الطب النفسي الحديث ، منشورات بحسون الثقافية : بيروت .

المراجع الأجنبية

66-Affelck,J (1978):Rehabilitation and Supportive Techniques .

Companion to Psychiatric Studies :Edinburgh

London & New York . p 585 .

67-Allport ,G.W(1935) :Attitude (in) Murchinson, (Ed.)A

handbook of Social Psychology, Worcester, Mass

: Clark University Press.

68.- Baier, K(1969) What is value ? an analysis of the concept,

in kurt bair & Nicholas Rescher (Eds.) ,Vaule

and the Future New -York,the free Press.p.33-67 .

69.-Cohen ,J.& Struening,E.L(1962) : Opinions about Mental

Illness in the Personnel of Two Largemental

Hospitals.J.of Abnormal and Social Psychology.

Vol . 64,No.5, PP. 348-360.

70-Cohen, J.&Struening ,E.L(1964) Opinions about Mental

Illness : Hospital Social Atmosphere Profiles

and their revelance of effectiveness .J.of

Consulting Psychology.Vol.28, No .4 ,pp .291-298 .

- 71.-Cohen ,J.&Struening ,E.L.(1965) :Opinions about mental
Illnes : Hospital Differences in attitude for eight
occupational gropus Psychological reports .Vol
17, 25-26.
- 72.Eisamn, M.(1981) : Contact Difficulties and Experience of
Loneliness in Depressed Patients and Non
Psychiatric Controls.Acta Psychiatric
Scandinavica .Vol.70 ,No .2 ,PP 160-168.
- 73.Ellsworth ,R.B.(1965) :Abehavior Study of Staf Attituedses
toward Mental Illness Journal of Abnormal.
Psychology .Vol 70, No 3, pp 194-200 .
- 74.Snyder, M(1974) :Self Monitoring of Expressive Behavior.
Doctoral Disseration , Stanford .U.Dissertation
Abstract International , 33, 4533 A-4534A
U.Microfilms No .73-4598 .
- 75.Whiteman M.,(1954) The perfomance of Schizoprenics on
Social Concept .J.abnorm .Soc.Psychol., 49,
pp 266-271.

الملاحق

- ❖ استثمارة البيانات الأولية .
- ❖ مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي .
- ❖ جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس الاتجاهات .
- ❖ مقياس المسؤولية الشخصية الاجتماعية .
- ❖ جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس المسؤولية .
- ❖ خطابات الموافقة على تطبيق أدوات الدراسة .

استمارة البيانات الأولية

إعداد الباحث

خالد علي راجح

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
جامعة أم القرى
كلية التربية
قسم علم النفس

أخي الفاضل:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد :

يقوم الباحث بعمل دراسة علمية تتطلب الحصول على بعض الآراء القيمة التي يستفاد

منها في مجال رسالة الماجستير واثراء البحث العلمي ، وتسعى لمعرفة :

١- بعض البيانات العامة عنك وليس شرطاً أن تذكر فيها اسمك .

٢- الحصول على وجهة نظرك ومشاعرك نحو المرض والمريض النفسي .

٣- الحصول على رأيك ومشاعرك النفسية نحو بعض القضايا الاجتماعية .

وسيحافظ الباحث على سرية البيانات التي ستدلي بها لأغراض البحث العلمي ، مع

تقديري وشكري سلفاً لتعاونكم ، وعلى الله نتوكل وبه نستعين ،،،

الباحث

اسم المستشفى أو العيادة :

بيانات عامة

الاسم (اختياري) : _____ السن : _____ الجنس : _____

المهنة : _____

المستوى التعليمي :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (أ) أمي | <input type="checkbox"/> (هـ) ثانوي |
| <input type="checkbox"/> (ب) أقرأ وأكتب | <input type="checkbox"/> (و) جامعي |
| <input type="checkbox"/> (ج) ابتدائي | <input type="checkbox"/> (ز) دراسات عليا |
| <input type="checkbox"/> (د) متوسط | |

الحالة الاجتماعية :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> (أ) متزوج | <input type="checkbox"/> (د) أعزب |
| <input type="checkbox"/> (ب) مطلق لديه أبناء | <input type="checkbox"/> (هـ) مطلق بدون أبناء |
| <input type="checkbox"/> (ج) أرمل لديه أبناء | <input type="checkbox"/> (و) أرمل بدون أبناء |

ما نوع علاقتك بالمرضى النفسي ؟

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> (أ) علاقة مهنية | <input type="checkbox"/> (ب) علاقة عائلية | <input type="checkbox"/> (ج) علاقة مهنية وعائلية |
| <input type="checkbox"/> أخصائي طب نفسي | <input type="checkbox"/> من أهالي المرضى | |
| <input type="checkbox"/> طبيب | <input type="checkbox"/> من أقارب المرضى | |
| <input type="checkbox"/> أخصائي نفسي | <input type="checkbox"/> من الجيران والأصدقاء | |
| <input type="checkbox"/> أخصائي اجتماعي | | |
| <input type="checkbox"/> ممرض نفسي | | |
| <input type="checkbox"/> مستخدم | | |

**مقياس الاتجاهات
نحو المرض والمريض
النفسي**

إعداد الباحث
خالد علي راجح

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي العزيز :

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد :

ستجد فيما يلي عبارات معدة لوصف وجهة نظرك ومشاعرك عن المرض والمريض النفسي ،
الرجاء التكرم بالاجابة عليها لتحدد رأيك الخاص بكل أمانة ، بوضع علامة (✓) على الاجابة التي
ستختارها من الخيارات الخمس الموضوعة أمام كل عبارة ، علما بأن اجابتك ستكون في سرية ولأغراض
البحث العلمي فقط .

تفضل بالاجابة على جميع العبارات مع جزيل الشكر والتقدير ، ، ، الباحث

العبارة	غير موافق إطلاقاً	غير موافق	بين وبين	موافق	موافق جداً
١- المرض النفسي هو من من الجن					
٢- المرض النفسي هو مرض معدى					
٣- الإصابة بالعين من أسباب الأمراض النفسية					
٤- المرض النفسي نتيجة خوف أصاب الانسان					
٥- ضعف التربية الدينية أحد أسباب المرض النفسي					
٦- تعاطي المخدرات من أسباب المرض النفسي					
٧- الأمراض الجسمية تؤدي أحيانا الى أمراض نفسية					
٨- يحدث المرض النفسي نتيجة الأزمات الشديدة التي يتعرض لها الإنسان					
٩- سوء معاملة الوالدين للمريض في طفولته سبب مرضه النفسي					
١٠- ينجب المرضى النفسيون أطفال مصابون بنفس المرض					
١١- المرضى النفسيون أكثر الأفراد خطورة على المجتمع					
١٢- المرض النفسي يعنى الفشل الدائم في الحياة					
١٣- المرضى النفسيون فيهم كثير من جوارب الخير					
١٤- المرضى النفسيون لا يفهمون شيئا على الإطلاق					
١٥- مشاعر المريض النفسي أكثر حساسية من الآخرين					

موافق جدا	موافق	بين وبين	غير موافق	غير موافق إطلاقاً	العبارة
					١٦- المرضى النفسيون متخلفون عقليا
					١٧- بإمكان المشعوذين معالجة المرض النفسي
					١٨- جلسات الكهرباء طريقة ناجحة لعلاج بعض الأمراض النفسية
					١٩- يفيد العلاج بالأدوية في شفاء الكثير من الأمراض النفسية
					٢٠- جلسات العلاج النفسي مفيدة كثيراً في تحسن المريض النفسي
					٢١- الكي بالنار ينفع في علاج الأمراض النفسية
					٢٢- للمصاب بالمرض النفسي يمكنه أن يعود لممارسة حياته الطبيعية مرة أخرى
					٢٣- المريض النفسي لسان ميتوس من شفاته
					٢٤- لتحسن حالة المريض النفسي كلما بقي مدة أطول في المستشفى
					٢٥- يسعى المريض النفسي لمسعة الأسرة
					٢٦- يجب حجز المريض النفسي في المستشفى لأنه يسبب لهم لأسرته
					٢٧- يصيب الإنسان الخوف عند مقابلة المريض النفسي
					٢٨- الجلوس مع المريض النفسي يعكر المزاج
					٢٩- يمكن السكن في منزل مجاور لممكن مريض نفسي
					٣٠- تكفي الاتصالات الهاتفية للاطمئنان على المريض النفسي
					٣١- للتحدث مع الأصدقاء عن حياة المريض النفسي غير مناسب
					٣٢- الاستماع للمريض النفسي عندما يتحدث عن أمور حياته أفضل من إسكاته
					٣٣- تمعدني مرافقة المريض النفسي في مشوار قصير
					٣٤- أرحب في منزلي بالمريض النفسي
					٣٥- يمكن إقامة صداقة مع المريض النفسي
					٣٦- الاختلاط بالمريض النفسي في المناسبات الاجتماعية يسبب الحرج
					٣٧- يمكن الزواج من أسرة أحد أفرادها مصاب بمرض نفسي
					٣٨- يصعب استمرار الزواج من (شاب ، شابه) تحسن من مرض نفسي

جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس الاتجاهات

جدول رقم (٢١) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مقياس الاتجاهات وإرتباطها بطريقة بيرسون مع المجموع الكلي للمقياس

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الارتباط مع المجموع الكلي	دلالة الارتباط	رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الارتباط مع المجموع الكلي	دلالة الارتباط
١	٣,٨٣	١,٠٧	٠,٣٣	***	٢٠	٤,٠٥	٠,٩٢	٠,٣١	***
٢	٤,٤٥	٠,٧٩	٠,١٦	*	٢١	٤,٢٨	٠,٩٠	٠,٢٤	**
٣	٣,٠٠	١,٢٣	٠,٢٠	**	٢٢	٣,٩٧	٠,٨٤	٠,٣٨	***
٤	٢,٥٨	٠,٩٥	٠,٠٠	غير دال	٢٣	٤,٢٦	٠,٨٢	٠,٥٦	***
٥	٤,٠٠	٠,٩٧	٠,٢٣	**	٢٤	٣,٢١	١,١٦	٠,١٧	*
٦	٤,٣٥	٠,٧٩	٠,١٨	*	٢٥	٣,٩٠	١,٠٣	٠,٤٤	***
٧	٣,٧٨	٠,٩٦	٠,٣٠	***	٢٦	٣,٨٣	٠,٩٩	٠,٥٦	***
٨	٤,٠٢	٠,٨١	٠,١٧	*	٢٧	٣,٥٢	١,٠٣	٠,٤٣	***
٩	٤,٠٢	٠,٨١	٠,٢٣	**	٢٨	٣,٧٧	٠,٨٤	٠,٥١	***
١٠	٣,٤١	٠,٩٨	٠,١٣	٠,٠٧١	٢٩	٣,٥٧	٠,٩٣	٠,٤٤	***
١١	٣,٢٠	١,٠٣	٠,٢٥	***	٣٠	٤,٠٨	١,٠٧	٠,٣٤	***
١٢	٣,٧٣	١,٠٥	٠,٤٤	***	٣١	٢,٩٢	١,٢٦	٠,٠٩	غير دال
١٣	٣,٥٨	٠,٨٨	٠,٤٢	***	٣٢	٤,١١	٠,٨٤	٠,٣٩	***
١٤	٤,١٤	٠,٨١	٠,٤٧	***	٣٣	٣,٤٥	١,٠٣	٠,٤٨	***
١٥	٣,٨٥	٠,٨٧	٠,١٧	*	٣٤	٣,٤٨	٠,٩٥	٠,٥٢	***
١٦	٤,٠٨	٠,٨٣	٠,٤٦	***	٣٥	٣,٦٧	٠,٩١	٠,٥٢	***
١٧	٤,٣٩	٠,٨٦	٠,٢٩	***	٣٦	٣,٦٣	٠,٩٩	٠,٤٦	***
١٨	٣,٥٨	١,٠٦	٠,١٩	**	٣٧	٣,٤٢	١,٠٧	٠,٤١	***
١٩	٣,٨٠	٠,٨٨	٠,١٣	٠,٠٧٣	٣٨	٣,٣٨	١,٠٥	٠,٣١	***

ن للعينه = ٢٠٥

ن للفقرات = ٣٨

*** دالة إحصائية عند > ٠,٠٠٠

** دالة إحصائية عند > ٠,٠٠٠

* دالة إحصائية عند > ٠,٠٥

جدول رقم (٢٢) يوضح معاملات ارتباط فقرات مقياس الاتجاهات مع أبعادها بطريقة بيرسون

رقم الفقرة	البعد	الارتباط مع البعد	دلالة الارتباط	رقم الفقرة	البعد	الارتباط مع البعد	دلالة الارتباط
١	أسباب المرض	٠,٤٦	***	٢٢	الشفاء	٠,٥٧	***
٢	النفسي	٠,٣٩	***	٢٣	من	٠,٦٣	***
٣		٠,٥٩	***	٢٤	المرض النفسي	٠,٦٠	***
٤		٠,٠٣	٠,٦٥٠	٢٥	المشاعر	٠,٥٣	***
٥		٠,٤٣	***	٢٦	والسلوكيات	٠,٥٧	***
٦		٠,٤٢	***	٢٧	نحو	٠,٥٤	***
٧		٠,٤١	***	٢٨	المريض	٠,٦٢	***
٨		٠,٣٩	***	٢٩	النفسي	٠,٥٩	***
٩		٠,٤٩	***	٣٠		٠,٤٣	***
١٠		٠,١٧	*	٣١		٠,٠٧	٠,٣٣٨
١١	صورة	٠,٥١	***	٣٢		٠,٣٧	***
١٢	المريض	٠,٥٨	***	٣٣		٠,٦٠	***
١٣	النفسي	٠,٦٢	***	٣٤		٠,٦٣	***
١٤		٠,٦٥	***	٣٥		٠,٦٣	***
١٥		٠,٣١	***	٣٦		٠,٥٧	***
١٦		٠,٥٩	***	٣٧		٠,٤١	***
١٧	طرق علاج	٠,٤٠	***	٣٨		٠,٣٢	***
١٨	المرض النفسي	٠,٦٠	***	<p>ن للعينة = ٢٠٥</p> <p>ن للفقرات = ٣٨</p> <p>*** دالة إحصائية عند > ٠,٠٠٠٠</p> <p>* دالة إحصائية عند > ٠,٠٠</p>			
١٩		٠,٦٢	***				
٢٠		٠,٦٢	***				
٢١		٠,٥٩	***				

الجدول رقم (٢٣) يوضح مساهمة مفردات مقياس الاتجاهات في تعزيز معامل ألفا البالغ ٠,٧٦

رقم المفردة	الثبات عند استبعادها	رقم المفردة	الثبات عند استبعادها	رقم المفردة	الثبات عند استبعادها	رقم المفردة	الثبات عند استبعادها
١	٠,٧٥٥	١١	٠,٧٥٩	٢١	٠,٧٥٩	٣١	٠,٧٧١
٢	٠,٧٦١	١٢	٠,٧٤٩	٢٢	٠,٧٥٢	٣٢	٠,٧٥٢
٣	٠,٧٦٤	١٣	٠,٧٥١	٢٣	٠,٧٤٥	٣٣	٠,٧٤٧
٤	٠,٧٧٠	١٤	٠,٧٤٩	٢٤	٠,٧٦٥	٣٤	٠,٧٤٦
٥	٠,٧٦٠	١٥	٠,٧٦١	٢٥	٠,٧٤٩	٣٥	٠,٧٤٦
٦	٠,٧٦٠	١٦	٠,٧٤٩	٢٦	٠,٧٤٣	٣٦	٠,٧٤٨
٧	٠,٧٥٦	١٧	٠,٧٥٦	٢٧	٠,٧٥٠	٣٧	٠,٧٥١
٨	٠,٧٦١	١٨	٠,٧٦٢	٢٨	٠,٧٤٧	٣٨	٠,٧٥٦
٩	٠,٧٥٩	١٩	٠,٧٦٣	٢٩	٠,٧٥٠	ن للفقرات = ٣٨	
١٠	٠,٧٦٤	٢٠	٠,٧٥٥	٣٠	٠,٧٥٥	ن للعينة = ٢٠٥	

مقياس المسؤولية الشخصية الاجتماعية

إعداد الدكتور
زايد بن عجير الحارثي

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي الكريم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

هذا مقياس صمم لإبداء الرأي حول المشاعر النفسية نحو بعض القضايا الاجتماعية فالرجاء إبداء رأيك نحو هذه المشاعر بأمانة وذلك بالإجابة على جميع العبارات بالإشارة بعلامة (✓) أمام العبارة المناسبة علماً بأنه لا يترتب على إجابتك أي صحة أو خطأ ، كما أن المعلومات التي سوف تدلي بها هي لغرض البحث العلمي فقط ولا تتبىء عن هويتك إطلاقاً.

مع خالص الشكر والتقدير ،،،

الباحث

نادر ما يحدث	يحدث أحيانا	يحدث غالبا	تعبيره
			١- إذا شب حريق في الحي الذي أسكن فيه فأني أسارع للمساهمة في إطفائه
			٢- الأطباق الهوائية (الدش) خطر على سلوك الأطفال
			٣- المشاركة مع الجيران وسكان الحي في إنجاز حاجاتهم الأساسية من الأمور الهامة في حياتي
			٤- إنتشار البطالة بين الشباب يؤدي إلى فساد اجتماعي
			٥- حينما أرى شخصين يتشاجران أمامي بالشارع ، فأني أتجنب التدخل
			٦- القنوات التلفزيونية المختلفة أهم مصدر للتربية الثقافية
			٧- حينما أشاهد نفاية تالفة في الشارع فأني أعمل على إزالتها من الطريق
			٨- مسؤولية الآباء في متابعة مستوى أبنائهم العلمي مسؤولية ثانوية
			٩- عندما أشاهد شخصا ينزف إثر حادث فأني أعمل على إسعافه
			١٠- إذا طلب مني التبرع بالدم لإنقاذ حياة شخص ما فأني أتبرع له
			١١- أتمثل في حياتي بالمثل القائل " أنا وبعدي الطوفان "
			١٢- أؤمن بأن انتشار التدخين يضر بالصحة العامة
			١٣- أتدخل إذا لاحظت من يوقف سيارته في مكان مخصص لسيارتين
			١٤- إنشغال الوالدين عن متابعة أبنائهم يؤدي إلى مفاسد للأبناء
			١٥- أتدخل إذا استخدم أحدهم منبه السيارة للنداء على صديق
			١٦- أفضل العمل منفردا على العمل جماعة
			١٧- إذا شاهدت أحدا يعبث بهواتف العملة العامة ، فأني أتدخل بالنصح
			١٨- إذا لاحظت أطفالاً يعبثون في ألعاب حديقة عامة فأني أتدخل بالنصح وأنصحهم بإصلاحها
			١٩- إذا رأيت عاجزا يوشك أن يقع في خطر فأني أتوقف وأقدم له المساعدة
			٢٠- أساهم في أعمال تطوعية لخدمة المجتمع
			٢١- الدفاع المدني جزء من مسؤولية كل مواطن
			٢٢- أتدخل حينما أرى شخصا يعبث بمقعد حافلة نقل عام وأمنعه
			٢٣- أبلغ المرور حينما أرى قائد سيارة يقود سيارته بسرعة جنونية
			٢٤- إذا علمت بأن شخصا ما يتعامل بالرشوة في وطني فأني أبلغ المسؤولين عن ذلك

نادر ما يحدث	يحدث أحيانا	يحدث غالبا	أراه
			٢٥- يهمني دائما مصلحتي الشخصية وأسرتي
			٢٦- أساعد المسلمين المضطهدين في العالم بالدعاء لهم فقط
			٢٧- لو طلب مني أن أوقع في استمارة على التبرع بأحد الأعضاء بعد الوفاة فإني أعترض
			٢٨- إنتشار الأسواق في بلادنا يوفر الكثير من المال على أسرنا
			٢٩- إذا سمعت أنيئا وبكاء عند أحد الجيران فإني أتحاشى التدخل
			٣٠- أنصح من أراه يدخل بالإقلاع عن التدخين
			٣١- سبق لي أن تبرعت بالدم
			٣٢- فراغ الشباب مفسدة للمجتمع
			٣٣- رجال الأمن هم المسؤولون عن مكافحة العمالة الأجنبية غير النظامية
			٣٤- مسؤولية من لا يصلي في المسجد تقع على الشخص وحده فقط
			٣٥- إذا استوقفتني شخص للمساعدة في الطريق فإني أتهرب منه
			٣٦- التصرفات غير اللائقة الصادرة عن أبناء وطني في الخارج تقع عليهم وحدهم فقط
			٣٧- أتدخل حينما أرى أطفالاً يدخلون في الشارع
			٣٨- أساهم في جمعية خيرية إسلامية
			٣٩- أجلس أحيانا في المجلس الذي يردد فيه إشاعات أو نميمه
			٤٠- أساهم في توجيه الأفراد للنظافة
			٤١- أبلغ وزارة التجارة عن أي محل يبيع البضائع بأسعار أكثر مما هو مقرر
			٤٢- أقرأ كل ما له علاقة بالقضايا الاجتماعية المحلية
			٤٣- أتدخل حينما أرى أطفالاً يلعبون بالكرة في الطريق العام
			٤٤- أعتني دائما بنظافتي ونظافة أسرتي
			٤٥- أتألم حينما ألاحظ كتابات تخل بالآداب العامة في أي مكان
			٤٦- لو شاهدت سيارة تصدم شخصا وتهرب ، فإني لا أحاول للحاق بها لأخذ رقمها
			٤٧- أتعاون مع موظف الإحصاءات حينما يطلب المساعدة في أي معلومات لخدمة الوطن

نادر ما يحدث	يحدث أحيانا	يحدث غالبا	الفرق
			٤٨- أتدخل حينما أرى شخصا يحاول تخطي الآخرين في الدور لإتجاز مصلحته
			٤٩- أستاذ من الذين يزعمون الآخرين في الطريق
			٥٠- أخاف على أبناء وطني من الأمراض المعدية
			٥١- أتوقف بسيارتي لحمل شخص عجوز واقف في الطريق
			٥٢- لكل فرد الحق في إيقاف سيارته في المكان الذي يرتاح له
			٥٣- كلما يحين موعد التطعيم ضد وباء معين فأني أسارع بتطعيم نفسي وأسرتي
			٥٤- إن الموظف الذي يعطل معاملات المراجعين يضر بالمجتمع
			٥٥- حينما يناقشني زملائي في قضية عامة فأني أتجنب التفاعل معهم
			٥٦- حين تقتضي مصلحتي الغش فأني ألجأ إليه
			٥٧- أعتمد على نفسي وحدي في حل مشكلاتي
			٥٨- أتابع مباريات منتخبنا الوطني
			٥٩- واجب كل متعلم أن يساعد في تعليم من لا يعرف القراءة والكتابة
			٦٠- أبتعد عن مساعدة الآخرين لأنها تجلب لي المشكلات
			٦١- إذا لاحظت أي صنوبر ماء مفتوح فأني أترك الأمر لغيري لقفله
			٦٢- من واجب كل مواطن أن يفهم خطط التنمية في وطننا
			٦٣- أفضل العمل في جماعة مع زملائي على العمل المنفرد
			٦٤- يهمني متابعة الأخبار المحلية في وسائل إعلامنا المختلفة
			٦٥- كل منا مسؤول عن رعاية والديه حتى ولو أصابهم العجز
			٦٦- أهتم بأموري الخاصة فقط
			٦٧- ليس لي أصدقاء
			٦٨- كل مواطن يجب أن يكون مستعدا لخدمة وطنه في أي طارئ
			٦٩- نادراً ما أسأل عن أحوال جيراني
			٧٠- مكافحة المخدرات مسؤولية رجال الأمن فقط

جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس المسؤولية

جدول رقم (٢٤) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مقياس المسؤولية وارتباطها مع المقياس الكلي وأيضاً مع الأبعاد

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	دلالة الارتباط مع المقياس الكلي	الارتباط مع الأبعاد	دلالة الارتباط	رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	دلالة الارتباط مع المقياس الكلي	الارتباط مع الأبعاد	دلالة الارتباط
١٨	٢,٢٨	٠,٧٦	٠,٥٨	***	٠,٦٤	١٨	٢,٢٨	٠,٧٦	٠,٥٨	***	٠,٦٤
١٩	٢,٧٧	٠,٥٣	٠,٥٥	***	٠,٤٧	١٩	٢,٧٧	٠,٥٣	٠,٥٥	***	٠,٤٧
٢٠	٢,٢٨	٠,٧١	٠,٥٥	***	٠,٥٧	٢٠	٢,٢٨	٠,٧١	٠,٥٥	***	٠,٥٧
٢١	٢,٦٧	٠,٦١	٠,٤٧	***	٠,٥٣	٢١	٢,٦٧	٠,٦١	٠,٤٧	***	٠,٥٣
٢٢	٢,١٢	٠,٧٦	٠,٦٠	***	٠,٥٨	٢٢	٢,١٢	٠,٧٦	٠,٦٠	***	٠,٥٨
٢٣	١,٨٢	٠,٨٢	٠,٣٥	***	٠,٥٨	٢٣	١,٨٢	٠,٨٢	٠,٣٥	***	٠,٥٨
٢٤	٢,٢٤	٠,٨٤	٠,٤٥	***	٠,٥٣	٢٤	٢,٢٤	٠,٨٤	٠,٤٥	***	٠,٥٣
٢٥	١,٤٠	٠,٦٥	٠,١٣	***	٠,٣٧	٢٥	١,٤٠	٠,٦٥	٠,١٣	***	٠,٣٧
٢٦	١,٧٠	٠,٧٢	٠,٠٢	غير دال	٠,١٤	٢٦	١,٧٠	٠,٧٢	٠,٠٢	غير دال	٠,١٤
٢٧	٢,٢٤	٠,٨٤	٠,٢٥	***	٠,٤٣	٢٧	٢,٢٤	٠,٨٤	٠,٢٥	***	٠,٤٣
٢٨	٢,٠٤	٠,٧٧	٠,٠٩	غير دال	٠,٢٠	٢٨	٢,٠٤	٠,٧٧	٠,٠٩	غير دال	٠,٢٠
٢٩	٢,١٧	٠,٧٨	٠,١٤	*	٠,٢٨	٢٩	٢,١٧	٠,٧٨	٠,١٤	*	٠,٢٨
٣٠	٢,٣١	٠,٧٨	٠,٤٧	***	٠,٥٩	٣٠	٢,٣١	٠,٧٨	٠,٤٧	***	٠,٥٩
٣١	٢,٢٥	٠,٨٥	٠,٤٣	***	٠,٤٩	٣١	٢,٢٥	٠,٨٥	٠,٤٣	***	٠,٤٩
٣٢	٢,٧٢	٠,٥٥	٠,٣٩	***	٠,٥١	٣٢	٢,٧٢	٠,٥٥	٠,٣٩	***	٠,٥١
٣٣	١,٤٠	٠,٦٨	٠,٠٨	غير دال	٠,١٥	٣٣	١,٤٠	٠,٦٨	٠,٠٨	غير دال	٠,١٥
٣٤	١,٩٤	٠,٨٣	٠,٢٧	***	٠,٣٤	٣٤	١,٩٤	٠,٨٣	٠,٢٧	***	٠,٣٤

تابع جدول رقم (٢٤) الذي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مقياس المسئولية وارتباطها مع المقياس الكلي وأيضاً مع الأبعاد

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الارتباط مع المقياس الكلي	دلالة الارتباط	الارتباط مع الأبعاد	دلالة الارتباط	رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الارتباط مع المقياس الكلي	دلالة الارتباط	الارتباط مع الأبعاد	دلالة الارتباط
٣٥	٢,٥٨	٠,٦٣	٠,٢٩	***	٠,٤٥	***	٥٣	٢,٨٤	٠,٤٢	٠,٢٦	***	٠,٢٨	***
٣٦	٢,١٠	٠,٨٣	٠,١٧	*	٠,٢٧	***	٥٤	٢,٧٩	٠,٥٣	٠,٢٤	***	٠,٣٥	***
٣٧	٢,٠٩	٠,٨٣	٠,٣٩	***	٠,٦٢	***	٥٥	٢,٣٧	٠,٧٣	٠,٢٩	***	٠,٥٥	***
٣٨	٢,١٦	٠,٧٣	٠,٣٩	***	٠,٤٤	***	٥٦	٢,٧٦	٠,٥٣	٠,٣١	***	٠,٤١	***
٣٩	٢,٧٦	٠,٤٩	٠,٢١	**	٠,٣١	***	٥٧	١,٧٠	٠,٧٠	٠,١٨	*	٠,٣٢	***
٤٠	٢,٤٤	٠,٦٨	٠,٥٤	***	٠,٥٩	***	٥٨	٢,٤٨	٠,٧٤	٠,١٥	*	٠,٣٧	***
٤١	١,٩٠	٠,٨٢	٠,٤٤	***	٠,٥٤	***	٥٩	٢,٤٤	٠,٦٩	٠,٤٤	***	٠,٤٢	***
٤٢	٢,١٢	٠,٧٥	٠,٤٢	***	٠,٤٥	***	٦٠	٢,٤٠	٠,٦٥	٠,٣٠	***	٠,٤٨	***
٤٣	١,٩٧	٠,٨٣	٠,٤٦	***	٠,٦٦	***	٦١	٢,٧٢	٠,٥٩	٠,٣٣	***	٠,٣٢	***
٤٤	٢,٨٧	٠,٣٩	٠,٣١	***	٠,٢٧	***	٦٢	٢,٤٦	٠,٧٠	٠,٤٥	***	٠,٥٢	***
٤٥	٢,٧٢	٠,٥٥	٠,٤٧	***	٠,٣٨	***	٦٣	٢,٥٣	٠,٦٤	٠,٢٩	***	٠,٣٥	***
٤٦	٢,٥٢	٠,٧٥	٠,٢٣	**	٠,٣٩	***	٦٤	٢,٤٣	٠,٧١	٠,٤٧	***	٠,٤٩	***
٤٧	٢,٧٩	٠,٤٧	٠,٥٣	***	٠,٥٦	***	٦٥	٢,٨٩	٠,٤٢	٠,٣٣	***	٠,٢٨	***
٤٨	٢,٣٤	٠,٦٩	٠,٤٠	***	٠,٤٦	***	٦٦	٢,٢٢	٠,٧٣	٠,٢٧	***	٠,٥٦	***
٤٩	٢,٦٥	٠,٥٧	٠,٣٥	***	٠,٣٩	***	٦٧	٢,٦٩	٠,٦٢	٠,٣٣	***	٠,٤٠	***
٥٠	٢,٨١	٠,٤٦	٠,٤٥	***	٠,٤٣	***	٦٨	٢,٨١	٠,٤٩	٠,٣٧	***	٠,٤٢	***
٥١	٢,٤٢	٠,٧١	٠,٥٠	***	٠,٥٧	***	٦٩	٢,٣٥	٠,٦٧	٠,٣٠	***	٠,٢٩	***
٥٢	٢,٢٦	٠,٨٢	٠,٢١	**	٠,٤٥	***	٧٠	٢,١٩	٠,٨٧	٠,٢٤	***	٠,٣٦	***

ن = للعينة ٢٠٥

ن للفقرات = ٧٠

*** دالة إحصائية عند > ٠,٠٠٠

** دالة إحصائية عند > ٠,٠٠٠

* دالة إحصائية عند > ٠,٠٠

جدول رقم (٢٥) يوضح مساهمة مفردات مقياس المسئولية في تعزيز معامل ألفا البالغ ٠,٨٨

رقم الفقرة	الثبات عن استبعادها	رقم الفقرة	الثبات عن استبعادها	رقم الفقرة	الثبات عن استبعادها	رقم الفقرة	الثبات عن استبعادها	رقم الفقرة	الثبات عن استبعادها
١	٠,٨٧٧	١٥	٠,٨٧٧	٢٩	٠,٨٨٠	٤٣	٠,٨٧٦	٥٧	٠,٨٧٩
٢	٠,٨٨٠	١٦	٠,٨٧٨	٣٠	٠,٨٧٦	٤٤	٠,٨٧٨	٥٨	٠,٨٨٠
٣	٠,٨٧٧	١٧	٠,٨٧٤	٣١	٠,٨٧٦	٤٥	٠,٨٧٦	٥٩	٠,٨٧٦
٤	٠,٨٧٧	١٨	٠,٨٧٤	٣٢	٠,٨٧٧	٤٦	٠,٨٧٩	٦٠	٠,٨٧٨
٥	٠,٨٨٠	١٩	٠,٨٧٥	٣٣	٠,٨٨٠	٤٧	٠,٨٧٦	٦١	٠,٨٧٧
٦	٠,٨٨٠	٢٠	٠,٨٧٥	٣٤	٠,٨٧٩	٤٨	٠,٨٧٧	٦٢	٠,٨٧٦
٧	٠,٨٧٦	٢١	٠,٨٧٦	٣٥	٠,٨٧٨	٤٩	٠,٨٧٧	٦٣	٠,٨٧٨
٨	٠,٨٨	٢٢	٠,٨٧٤	٣٦	٠,٨٨٠	٥٠	٠,٨٧٧	٦٤	٠,٨٧٦
٩	٠,٨٧٦	٢٣	٠,٨٧٧	٣٧	٠,٨٧٧	٥١	٠,٨٧٥	٦٥	٠,٨٧٨
١٠	٠,٨٧٦	٢٤	٠,٨٧٦	٣٨	٠,٨٧٧	٥٢	٠,٨٧٩	٦٦	٠,٨٧٨
١١	٠,٨٧٩	٢٥	٠,٨٨٠	٣٩	٠,٨٧٨	٥٣	٠,٨٧٨	٦٧	٠,٨٧٧
١٢	٠,٨٧٦	٢٦	٠,٨٨١	٤٠	٠,٨٧٥	٥٤	٠,٨٧٨	٦٨	٠,٨٧٧
١٣	٠,٨٧٨	٢٧	٠,٨٧٩	٤١	٠,٨٧٦	٥٥	٠,٨٧٨	٦٩	٠,٨٧٨
١٤	٠,٨٧٨	٢٨	٠,٨٨٣	٤٢	٠,٨٧٦	٥٦	٠,٨٧٨	٧٠	٠,٨٧٩

**خطابات الموافقة
على تطبيق أدوات الدراسة**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى

الرقم: ١٤٦٧
التاريخ: ١٤١٧/١٢/١٧
المشروعات:

سعادة مدير مستشفى المحه النفسيه - بالطائف
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

حيث ان الطالب / خالد بن علي راجح بركات ، بقسم علم النفس بكلية التربية بجامعة أم القرى بمرحلة الدراسات العليا (ماجستير) يقوم حاليا بأجراء تطبيق اختبارات دراسته بعنوان ((الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسوء ولبقة الاجتماعية)) وذلك على عينه من العاملين لديكم وذوى المرضى .
لذا نرجو من سعادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب امتدادا للتعاون القائم فيما بين الجامعة وادارتكم العامره .

وتقبلوا سعادتكم منا خالص التحيات والتقدير

عميد كلية التربية بمكة المكرمة

د / عبد العزيز بن عبد الله خياط
١٤١٧/١٢/١٧

د / عبد العزيز بن عبد الله خياط
١٤١٧/١٢/١٧

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى

الرقم: ١٤١٧/٢٢١٧
التاريخ: ١٤١٧/٢٢١٧
المشروعات: —

الموقر

وبعد

سعادة مدير مستشفى المحه النفسيه - بجده

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

حيث ان الطالب / خالد بن علي راجح بركات ، بقسم علم النفس بكلية التربية بجامعة أم القرى بمرحلة الدراسات العليا (ماجستير) يقوم حاليا بأجراء تطبيق اختبارات دراسته بعنوان ((الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسؤولية الاجتماعية)) وذلك على عينه من العاملين لديكم وذوى المرضى .
لذا نرجو من سعادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب امتدادا للتعاون القائم فيما بين الجامعة وادارتكم العامره .

وتقبلوا سعادتكم منا خالص التحيات والتقدير

عميد كلية التربية بمكة المكرمة

د / عبد العزيز بن محمد الله خياط

ليلى صابر
صورة للمدير التنفيذي والبريد
فصل رئيس قسم الحضانة والرضع
لعمري السحر
١٤١٧ هـ